

A, Ebbs SR, Hickish TF, O'Brien ME, Mansi JL, Wilson CB, Robinson AC, Murray PA, Price CG, Perren TJ, Laing RW, Bliss JM. A novel continuous infusion 5-fluorouracil-based chemotherapy regimen compared with conventional chemotherapy in the neo-adjuvant treatment of early breast cancer: 5 year results of the TOPIC trial. // *Ann Oncol.* – 2004. V. 15, N 5. – P. 751-8.

14. Schuller J et al. Preferential activation of Capecitabine in tumor following oral administration in colorectal cancer patients. // *Cancer Chemother Pharmacol*, 2000.

15. Budman DR, Meropol NJ, Reigner B et al. Preliminary studies of a novel oral fluoropyrimidine carbamate: capecitabine. // *J Clin Oncol.* – 1998. – N 16. – P. 1795-1802.

16. Cassidy J, Dirix L, Bissett D. A phase I study of capecitabine in combination with oral leucovorin in patients with intractable solid tumors. // *Clin Cancer Res.* – 1998. – N 4. – P. 2755-2761

17. Judson IR, Beale PJ, Trigo JM et al. A human capecitabine excretion balance and pharmacokinetic study after administration of a single oral dose of 14C-labelled drug. // *Invest New Drugs.* – 1999. – N 17. – P. 49-56

18. Twelves C, Glynne-Jones R, Cassidy J et al. Effect of hepatic dysfunction due to liver metastases on the pharmacokinetics of capecitabine and its metabolites. // *Clin Cancer Res.* – 1999. – N 5. – P. 1696-1702.

19. Pazdur R. Phase II study of UFT plus leucovorin in colorectal cancer. // *Oncol.* – 1997. – V. 54 (suppl.1). – P. 19-23.

20. Blum JL, Jones SE, Buzdar AU et al. Multicenter phase II study of capecitabine in paclitaxel-refractory metastatic breast cancer. // *J Clin Oncol.* – 1999. – N 17. – P. 485-493

21. O'Shaughnessy J, Moiseyenko V, Bell D et al. A randomized phase II study of Xeloda™ (capecitabine) vs CMF as first line chemotherapy of breast cancer in women aged 55 years. // *Proc Am Soc Clin Oncol.* – 1998. – N 17. – P. 103a.

22. O'Reilly SM, Moiseyenko V, Talbot DC et al. A randomized phase II study of Xeloda™ (capecitabine) vs paclitaxel in breast cancer patients failing previous anthracycline therapy. // *Proc Am Soc Clin Oncol.* – 1998. – N 17. – P. 163a.

23. Welt A et al. Capecitabine in combination with vinorelbine in pretreated patients with metastatic breast cancer - Results of an extended phase II study Arm // *Oncol.* – 2002. – V. 56, Abst 202.

24. Venturini M, Del Mastro L, Garrone O et al. Phase I, dose-finding study of capecitabine in combination with docetaxel and epirubicin as first-line chemotherapy for advanced breast cancer. // *Ann Oncol.* – 2002. – N 13. – P. 546-552.

25. Venturini M, Del Mastro L, Garrone O et al. Phase I, dose-finding study of capecitabine in combination with docetaxel and epirubicin as first-line chemotherapy for advanced breast cancer. // *Ann Oncol.* – 2002. – N 13. – P. 546-552.

26. Rossi E, Perrone F, Labonia V, Landi G, Nuzzo F, Amabile G, Gridelli C, Di Maio M, D'Aiuto G, de Matteis A. Is gemcitabine plus vinorelbine active in second-line chemotherapy of metastatic breast cancer? A single-center phase 2 study. // *Oncology.* – 2003. – V. 64, N 4. – P. 479-80.

27. Sawada N, Ishikawa T, Sekiguchi F et al. X-ray irradiation induces thymidine phosphorylase and enhances the efficacy of capecitabine (xeloda) in human cancer xenografts. // *Clin Cancer Res.* – 1999. – N 5. – P. 2948-2953.

28. Reese T, Tanner J, Frings S et al. Capecitabine combined with simultaneous radiotherapy in rectal cancer: a phase-I-study. // *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* – 2000. – N 48 (suppl 3). – P. 120a.

29. Демидов В.П., Борисов В.И., Иванов О.А. Сравнительный анализ методов комбинированного и комплексного лечения рака молочной железы IIIb стадии // *Вопр. онкол.* – 1990. – Т. 36, № 12. – С. 1473-1479.

Summary

THE TREATMENT OF ADVANCED BREAST CANCER WITH XELODA

A. Kislichko, M. Ramazanova

Breast cancer is the most prevalent malignant neoplasm affecting women in the world. It is on second place among the causes of female lethality. More often metastases are located in bones. Chemotherapy, radiation therapy and hormone therapy are used for the treatment of recurrent breast cancer. Xeloda is the oral fluoropyrimidin, which is used for treatment of advanced breast cancer. Clinical studies showed high effectiveness of xeloda which was used for treatment of breast cancer metastases resistant to anthracycline acid. Xeloda can reduce or eliminate clinical manifestations of the disease.

П. В. Мазин

ТЕОРИЯ АНДРОТИПОВ: НАЧАЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Медицинский Центр «Гармония»,
Екатеринбург

Введение

Развитие «мужской» ветви урологии обусловлено многими причинами. Стоит допустить, что чисто медицинские факторы играли здесь не самую главную роль, а потребность общества в отдельной научной дисциплине, посвященной мужскому универсуму, еще далека от удовлетворения [2, 15]. Многие, связанные с состоянием здоровья «сильной половины человечества» медицинские проблемы, существуя сравнительно давно, и на сегодняшний день далеки от решения [4, 5, 9, 19

20]. Они вряд ли полностью искоренимы, и множественные воздействия «патологической компрометированности» мужчины на его место в обществе, популяции, конкретных отношениях не могут игнорироваться [13]. Реалии современной цивилизации требуют от андролога чрезвычайной широты взглядов на свой предмет, что возможно только при известной их системности. Каким должен быть мужчина? Как его формировать? Как его лечить? Каковы критерии нормы и патологии в его здоровье? Как это здоровье в мужчине поддерживать и сохранять? От того, насколько связными будут ответы на эти вопросы, зависит в будущем состояние преступности и терроризма, идущих, в основном, от агрессии «компрометированного мужчины», а также сила и стабильность государств и международных формаций, управляемых и защищаемых «мужчинами здоровыми».

Андрология имеет три пласта предметности. Первый – фундаментальный. Стыковка классической «мужской» урологии с другими науками точного, биологического, психо- и социологического плана позволит обозначить принципы определения здоровья и патологии в «сфере мужского», на обозримом отрезке времени решить проблемы ценностного плана, возникающие при лечении мужчин и применении различных форм общественного воздействия на них. Здесь же посылки разрешения потребностей в глубинном изучении генетических, микробиологических, экологических и системных черт этиологии и патогенеза мужских болезней [8, 12, 16]. Многие отечественные и зарубежные ученые сходятся в осознании необходимости внимания как к самым ранним проявлениям андрологической патологии, так и к предрасполагающим факторам [19]. Существует тенденция к «нозологизации» этих производящих этиологическое начало и способствующих патологической промоции условий и воздействий. Однако в этой области очень много «белых пятен». Все, что касается этиологии и патогенеза болезней «сильной половины человечества», носит отпечаток умозрительности, голый теоретичности и скудной подтвержденности фактами [2, 5, 16, 19]. Эмпирические данные по андрологической патофизиологии плохо систематизированы и зачастую односторонни.

Например, явному и чаще всего необратимому хроническому простатиту предшествуют конгестия и уретропростатический рефлюкс [10]. Оба явления удовлетворительно не воспроизводились в эксперименте, не моделировались на живых объектах и *ex vivo* специально не наблюдались. Подтверждения рассматриваемых явлений носят лишь косвенный характер, что нельзя считать бесспорным доказательством. Без адекватного анализа популяционной динамики патологических проявлений варикоцеле методами популяционной и эволюционной генетики трудно иметь четкие ориентиры в представлениях о наследственной составляющей этого заболевания

(в многочисленных описаниях патогенеза варикоцеле ей традиционно уделяется лишь несколько строчек). Фразы типа «наследственная слабость соединительной ткани и недостаток коллагеновых волокон в стенке вен» или «врожденные причины нарушения трофики и иннервации стенки яичковой вены» являются индикаторами «белых пятен» в наших представлениях о происхождении этой патологии [5]. Роль влияния факторов окружающей среды на формирование мужской репродуктивной сферы с ее иннервацией и кровоснабжением также не детерминирована хотя бы элементарно. Таким образом, вопрос о соотношении генетического и приобретенного в развитии варикоцеле и хронического простатита является на сегодняшний день вопросом скорее философским, чем научным. Проблемой является унификация урологической и андрологической изменчивости, ограничивающейся пока клиническими, лабораторными данными и элементарной антропометрией. Проработка очерченных неясностей ознаменует значительный прогресс в понимании природы предпосылок развития андрологических заболеваний.

Второй пласт предметности «науки о мужчине» – узко-практические аспекты клиники, диагностики, лечения и профилактики мужских болезней, а также организации борьбы с ними. Это собственно андрология в узком смысле, или «клиническая андрология», в орбиту которой так или иначе вовлечены практикующие урологи, венерологи, сексопатологи, гинекологи и другие специалисты. Оптимизация методов ведения копулятивных, репродуктивных и смежных расстройств, клинические испытания новых и различные по дизайну и масштабам исследования надежности рутинных подходов к борьбе с мужскими болезнями занимают внимание очень многих медицинских организаций во всех концах света [2, 14]. Если углубляться до первого, фундаментально-андрологического уровня могут только отдельные крупные, хорошо финансируемые коллективы, или же редкие одаренные энтузиасты своего дела [12, 16], то различная по масштабам деятельность всего остального медицинского сообщества в плоскости клинической андрологии обеспечивает постоянный приток фактов критики и вновь осознаваемых потребностей к субъектам базовых работ по типу «обратной связи».

Третий пласт лишь условно может быть обозначен как медицинский. Это сфера прикладных и гигиенических проблем. Прежде всего – лечение и реабилитация мужчин после тяжелых соматических заболеваний и травм. Эффективность указанных мероприятий потенцируется проработкой андрологического сектора побочных эффектов. Если обратить внимание на сугубо криминологические феномены – алкоголизм и насильственная преступность, – то очень часто приходится констатировать связь указанных социальных бедствий с запущенными андрологическими порока-

ми девиативных субъектов [7, 13]. Надлежащее содержание вооруженных сил является ведущей функцией государства. Если учесть, что Российская армия – традиционно мужской стратос, состоящий преимущественно из юных «срочников», приходится констатировать наличие проблем надлежащего формирования, обучения и воспитания подрастающих мужчин, профилактики у них андрологической патологии, связанной со службой, наконец, максимально эффективного и безопасного использования в общественно-полезных целях потенциала воинских формирований (довольно дешевая рабочая сила). Существует область, в которой прикладная андрология способна значительно повлиять на вопросы государственной политики и безопасности – подборка и подготовка кадров для некоторых особо ответственных должностей. Мужчина, занимающий такой государственный пост, должен обладать определенным «запасом прочности», чтобы выдерживать груз исторической ответственности, уметь готовить и принимать решения, сопротивляться коррупционным и иным антигосударственным воздействиям, в том числе «давлению» иностранных и международных террористических структур.

Понятие андротипа. Выше приведена более-менее полная попытка охвата всех существующих проблем, связанных с состоянием индивидуального, социального и популяционного мужского здоровья. Современный массив как самых свежих, так и многократно переработанных научных данных о мужчине от различных научно-практических источников представляет собой сумму, но не систему. Поскольку проблемы, парадоксы и критические замечания по поводу мужского универсума формулируются в понятийных базах различных дисциплин биологического, медицинского и гуманитарного плана, важно не впадать в эклектику и уметь сводить разные теоретические/эмпирические посылки к общему знаменателю. Андрология как наука обязана создать собственную системно сформулированную группу категорий, пригодных для всех видов научного и практического использования. Только так эта область знаний сможет откликаться на все возникающие в процессе исторического развития человечества вопросы и при этом выдерживать строгую системную логичность доктринальных построений.

Базовое андрологическое понятие должно:

1). Включать в себя основные ориентиры всех фиксируемых в своем разнообразии феноменов маскулинной материи и термодинамическую поправку их внутреннего значения.

2). Обозначать родовую единицу наиболее общих андрологических таксонов несмотря на видимое происхождение от разных групп наук и трудности логического сопоставления.

Андротип – система показателей медицинского, биологического, генетического, психологического, сексологического и социального плана, позволяющих причислить мужчину-индивидуу-

ма к той или иной группе внутри мужской популяции, а также мониторировать различные уровни мужского здоровья, мужской деятельности и мужского воспитания.

Попробуем отобразить направления систематизации андрологического комплекса дисциплин посредством андротипирования.

Попытки выделения групп мужского здоровья предпринимались ранее, однако носили узко-дисциплинарный одновекторный характер. Например, С. С. Либих (1982) для успешного лечения сексуальных дисгармоний выделял 4 типа семейного поведения мужчин: «мужчина-отец» (стремящийся к заботе и опеке); мужчина агрессивного типа (лидер в семье, занимающий активную позицию и доминирующий над женщиной в принятии решений); мужчина подчиненного типа (пассивный и смирный, выполняющий решения жены и с удовольствием подчиняющийся ей) и «мужчина-сын» (инфантильный и неудачливый, без жалости и заботы обреченный на гибель) [10]. А. В. Петровский подходил к той же проблеме более основательно, выделяя три значимых уровня стабильности супружеских отношений: а) характер, темперамент, коммуникативность; б) функционально-ролевые ожидания; в) высший уровень предметно-целевого и ценностно-ориентационного единства, коллективной идентификации и понимания ответственности [1]. Наиболее последовательная точка зрения у Г. С. Васильченко, который разработал шкалу векторного определения половой конституции мужчины, состоящую из балльных оценок по 8 пунктам: возраст пробуждения либидо, возраст первой эякуляции, трохантерный индекс, степень оволосения лобка, максимальный эксцесс, время вхождения в УФР после женитьбы (годы), абсолютный возраст вхождения в полосу УФР [8]. По такой формуле удавалось в какой-то степени характеризовать и силу генетического влияния на половую конституцию, и воздействие окружающей среды на развитие мужчины. Однако шкала Г. С. Васильченко подразумевала только 3 градации: слабую, среднюю и сильную. Несмотря на всю прогрессивность этой векторно-конституционной схемы оценок для своего времени, реалии сегодняшнего дня требуют более подробного, всестороннего, точного и системного подхода.

Андрологическая систематизация проводилась указанными авторами на стыке ограниченного количества дисциплин – не более 2-х или 3-х, например, классической урологии с психологией, сексологией и психиатрией. За прошедшее десятилетие накоплены огромные базы данных в науках как фундаментально-биологического, так и историко-гуманитарного плана. Они ждут типологической разбивки во всей своей полноте и всесторонности.

Постулат генетической обусловленности андротипа. Полученные в результате расшифровки генома человека данные о 40 000 генах, коди-

рующих около 300 000 белков, не содержат четкой демонстрации всех возможных механизмов экспрессии каждого гена в отдельности и формулы норм реакции его теоретически возможных и практически существующих аллелей. В частности, исчерпывающую генетическую картину мужской половой системы, влияющих на нее структурно-физиологических элементов и критических внешних воздействий получить пока еще только предстоит. Различные мужчины имеют различные аллели четко-определенных генов, которые, в зависимости от степени критических воздействий, обуславливают различные типы варикоцеле или синдрома тазовых болей.

Систематизируя данные о генетических детерминантах мужской половой системы, различных вариантах врожденных и приобретенных предрасположенностей к андрологическим заболеваниям и вариантам компрометации (социальной, криминальной и др.) можно получать довольно конкретные массивы информации о том, что ждет мужчину в будущем и насколько эффективными окажутся те или иные воздействия на него. Андротипирование должно содержать принципиальные генетические ориентиры, раскрывающие наследственную суть фиксируемых в андротипе характеристик (не только ген или их система, аллель или их набор, но и реализуемый механизм экспрессии, а также мощность генетической обусловленности признака, раскрытие влияющих на экспрессию факторов).

Постулат иерархии характеристик. Во всем многообразии явлений маскулинной стихии нужно отделять зерна от плевел, фиксируя первичное, важное и определяющее, и отбрасывая случайное, малозначимое, дублирующее и производное. На современном уровне развития андрологии достижение конкретных задач начинается с глубокой онтологизации наблюдений и методов. Ключевые таксоны – андротипы в прямом смысле – являются концентрированным выражением признаков мужчины зрелого, сформированного. Полное окончание созревания мужчины происходит после 25 лет, когда его «Эго» переходит из «интимной фазы» развития в «продуктивную» (по Эриксону) [1]. Стратосы групп параметров, складывающих андротип – генетический, клинический (хронический простатит, аденома, пристрастия/зависимости, соматическая патология, пороки развития, психиатрические болезни, фертильность), сексуальный (ориентация, семейная жизнь, сексуальная практика, особенности партнеров), поведенческо-психологический, интеллектуальный, деликтологический и анамнестический – необходимо расположить в виде четкой последовательности с выделением первоначальных и производных.

Постулат параллельной экспрессии разных сторон андротипа и функциональной связи различных отклонений и состояний мужского здоровья. Он тесно сопряжен с принципом иерархичности андротипирования. Мужчина, имеющий

определенный генотип, взрослеет и переживает разноплановые стрессовые ситуации физического и психологического характера. Эти воздействия стихийны и трудно контролируемы даже в социальном плане, поэтому возникают различные феномены компрометации – социальные (неспособность создать полноценную семью, алкоголизм, гомосексуальное и преступное поведение), медицинские (психиатрическая и урологическая патология, бесплодие и др.) и др. Они никогда не проявляются поодиночке. Например, идеопатическое мужское бесплодие может оказаться тяжелой психологической травмой и привести к затяжной депрессии. Далее могут последовать распад семьи, алкоголизация, формирование преступного поведения по типу «стигмы» и др. Если не удастся в полной мере предотвращать удары окружающей среды по целостности мужского здоровья, нужно знать типы реакции мужчин и с учетом этих типовых особенностей строить более эффективную профилактику и реабилитацию.

Постулат антропологической и исторической идентичности типов – закономерности связей ключевых групп признаков, составляющих андротип, универсальны для мужчин всех рас, национальностей, культур и социальных групп. Факт того, что все мужчины нашей планеты (от императоров династий Древнего Китая до современных аборигенов Австралии) сходным образом формируются, взрослеют, стареют и страдают, неоспорим [11]. Остается только признать, что в те эпохи развития человечества, когда мужской фактор власти и военной геополитики (Средние века) являлся определяющим, все культуры, этносы и суперэтносы (союзники, победители, побежденные, их потомки) развивались по одинаковым законам и в одинаковой последовательности, даже в одинаковых временных рамках подъема, расцвета и разложения [3].

Постулат неизбежной компрометации – каждому андротипу свойственна своя мера воздействия неблагоприятных факторов, приводящих к компрометированности. В одних случаях мужчины успешно противостоят испытаниям и остаются здоровыми, семейными, социально-активными и продуктивными. Другие «ломаются» и существуют проблемно – либо болея и досаждая окружающим своим «простатическим характером» [17, 18, 20], либо впадая в алкогольную/наркотическую зависимость, либо практикуя маргинальные, антиобщественные и преступные стереотипы поведения. Различные андротипы обречены на сугубо «свою» патологию, и у каждого есть своя критическая «точка излома». Одни юноши созданы для суровых армейских будней и неуверенно чувствуют себя на студенческой скамье. Для других важна высокоинтеллектуальная самореализация, а казарменный быт «ломает» личность вплоть до формирования гомосексуального поведения. Неудача в любви может лишь на неделю омрачить настроение, а может оказаться

сильным ударом по самолюбию и почвой для многолетнего невроза. В страданиях мужчин с хроническим простатитом, в переживаниях по поводу интимных неудач у представителей всех народов много типических черт, систематизация которых значительно улучшит качество андрологической профилактики, борьбы за общественное здоровье и социальную стабильность.

Сложность представляет собой трактовка «нормы» в андрологии. Эта проблема существует практически во всех клинико-диагностических аспектах: нет четкого определения нормального объема предстательной железы (в разных источниках приводятся разные цифры от 20 до 30 см³). Трудно интерпретировать значимость повышения ПСА в крови, имеет значение не только соотношение концентрации в крови с действительным объемом простаты, но и соотношение различных фракций ПСА в плазме. Использование теста ночных тумесценций вообще представляет собой отдельную проблему, поскольку до конца не ясны физиологические механизмы этого феномена [2]. Единственный выход – говорить о «*типах нормы*». Даже психологическая реакция больного на массаж предстательной железы может быть типологизирована. Это диагностическое мероприятие воспринимается мужчинами как чрезвычайно агрессивное, и согласие на данную процедуру само по себе служит свидетельством весьма сильной потребности мужчины в андрологической помощи и признаком неуверенности в своем копулятивном здоровье. Субъекты с сильной половой конституцией часто отказываются от ректальных обследований, не поддаваясь ни на какие уговоры. В том случае, если все же уролог производит массажную процедуру, большинство пациентов испытывают сильный дискомфорт. Они кричат и задерживают дыхание, краснеют и напрягаются, силясь перенести неприятные ощущения. В ряде случаев имеют место императивные позывы к мочеиспусканию вплоть до неудержания. Патологическим признаком является отсутствие либо слабая выраженность неприятных ощущений – характерно для застойных дряблых простат, а также для случаев инволютивных процессов в железе на фоне гормонального дисбаланса. Сложнее обстоит дело с трактовкой увеличения болезненности предстательной железы при ее глубокой пальпации. Активное воспаление обычно делает нетерпимым надавливание промежуточной силы на орган, ввиду чего глубокая пальпация просто невозможна. При выраженном остром простатите даже поверхностная пальпация может быть мучительной. Однако довольно часто мужчины просят прекратить массаж на середине процедуры или ближе к ее концу – простое нежелание терпеть. Изредка наблюдаются истероидные реакции – от смеха до полной непереносимости ректального обследования. Пациенты жалуются, что им очень больно даже от простого введения пальца в задний проход, хотя признаки активного воспалитель-

ного процесса в простате отсутствуют. Пожалуй, самым достоверным признаком грубой копулятивной патологии при пальпации предстательной железы является «эякуляция на пальце». Она наблюдается у мужчин средних лет (возраст 40 – 55 лет) с большими сроками половой абстиненции и тяжелыми эректильными дисфункциями.

Притом, что обладателям разных андротипов присущи разные вероятности развития тех или иных андрологических проблем в течение жизни, добровольное медицинское страхование мужчин с учетом их типологических особенностей может стать огромным профилактическим подспорьем в борьбе за здоровье населения. Все многообразие проблем прикладной андрологии наиболее эффективно может решаться на основе типологического осмысления их сути. Андротип – то недостающее звено между нозологическим направлением изучения мужского здоровья и ценностями признания человеческой индивидуальности, без которых не может быть качественного лечения врачом, всесторонне полного и объективного правосудия, а также легитимности управления гражданами.

Список литературы:

1. Артифексов С. Б., Рыжаков Д. И. Диагностика и лечение заболеваний половой сферы у мужчин. Издательство НГМА, Нижний Новгород, 2003.
2. Импотенция: интегрированный подход к клинической практике. Под ред. А. Грегуара и Дж. Прайора. – М.: Медицина, 2000.
3. Гумилев Л. Древняя Русь и Великая степь. Изд. Москва, 2002.
4. Зиганшин О. Р., Долгушин И. И., Механизмы антимикробной резистентности репродуктивных органов мужчин. Издательство «Челябинская Государственная Медицинская Академия». Челябинск, 2001.
5. Кондаков В. Т., Пыков М. И. Варикоцеле. Москва, Издательский дом ВИДАР – М., 2000.
6. Кочетов А. Г., Голубчиков В. А., Иванов А. О., Ситников Н. В. и др. Психофизиологические качества больных хроническим простатитом. Урология 2003, №5, с. 26 – 31.
7. Криминология. Под ред. Кудрявцева В. Н., Эминова В. Е. «Юристъ», Москва, 1997.
8. Сексопатология (справочник). Под ред. Г. С. Васильченко. Москва, «Медицина», 1990.
9. Тарасов Н. И., Серегин С. П., Рыбаков Ю. И. Хронический простатит (патогенез, новые пути повышения эффективности лечения). Издательство РФЯЦ – ВНИИТФ. Снежинск, 1999.
10. Тиктинский О. Л., Михайличенко В. В. Андрология. СПб.: Медиа Пресс 1999.
11. Baron R., Richardson D. Human aggression. Plenum Press, New-York, 1994.
12. Argiolas A, Melis MR. Central control of penile erection: Role of the paraventricular

nucleus of the hypothalamus. *Prog Neurobiol.* 2005 May;76(1):1-21.

13. Dmitrieva OA. Morphological changes in genital system of men: medico-legal aspects. *Leg Med (Tokyo).* 2003 Mar; 5 Suppl 1:S.228-32.

14. Hatzimouratidis K, Hatzichristou DG. A comparative review of the options for treatment of erectile dysfunction: which treatment for which patient? *Drugs.* 2005;65(12):1621-50.

15. Hu LQ. Future development of andrology in China. *Zhonghua Nan Ke Xue.* 2005 Jan;11(1):3-6.

16. Kaya C, Uslu Z, Karaman I. Is endothelial function impaired in erectile dysfunction patients? *Int J Impot Res.* 2005 Jul 28.

17. Ku JH, Jeon YS, Kim ME, Lee NK, Park YH. Psychological Problems in Young Men with Chronic Prostatitis-like Symptoms. *Scand J Urol Nephrol* 2002;36(4):296-301.

18. Ku J, Kim M, Jeon Y, Lee N, Park Y. Impact of urinary symptoms on bothersomeness and quality of life in young men. *Urology* 2002 Sep;60(3):442.

19. Luzzi GA. Chronic prostatitis and chronic pelvic pain in men: etiology, diagnosis and management. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001 May;16 (3):253-6.

20. Yang CC, Lee JC, Kromm BG and other. Pain sensitization in male chronic pelvic pain syndrome: why are symptoms so difficult to treat? *J Urol.* 2003 Sep;170(3):823-6; discussion 826-7.

С. М. Рамазанова, А. В. Галанина,
профессор Я. Ю. Иллек

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЯ И МАГНИТОИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Кировская государственная медицинская академия

Введение

Комплексное лечение детей с атопическим дерматитом основано на создании гипоаллергенных условий быта, назначении гипоаллергенной диеты и исключении из рациона индивидуально непереносимых продуктов, тщательном лечебно-косметическом уходе за кожей и наружной противовоспалительной терапии, применении антимедиаторных препаратов и коррекции нарушенного метаболизма [1, 10, 11]. Вместе с тем, результаты исследований, проведенных на кафедре детских болезней КГМА [5, 6 7], свидетельствуют о том, что включение в комплексное лечение больных младенческой формой тяжёлого распространён-

ного атопического дерматита иммуномодулятора нового поколения – полиоксидония, обладающего противовоспалительным, иммунокорректирующим, мембраностабилизирующим и антиоксидантным действиями, приводило к нормализации многих показателей иммунитета и наступлению длительной клинической ремиссии заболевания.

В последние годы в комплексном лечении целого ряда заболеваний у взрослых лиц и детей различных возрастных групп применяется магнитоинфракрасная лазерная терапия аппаратом «РИКТА», в котором используется одновременно постоянное магнитное поле, импульсное лазерное излучение инфракрасного диапазона волн, непрерывное инфракрасное излучение и излучение видимого красного света. Магнитоинфракрасное лазерное излучение оказывает общестимулирующее, противовоспалительное, противоотёчное, анальгезирующее, иммуномодулирующее и антиоксидантное действия, улучшает крово- и лимфообращение, стимулирует репаративные процессы. На кафедре детских болезней КГМА получены данные [3,4,8], указывающие на высокие клинический и иммуномодулирующий эффекты магнитоинфракрасного лазерного излучения при тяжёлом течении распространённого атопического дерматита у детей раннего возраста. Вместе с тем, в литературе имеются сообщения о том [2], что лазерное излучение потенцирует иммуномодулирующее действие полиоксидония.

В этой связи мы провели исследование, целью которого являлось изучение клинического, иммуномодулирующего и противорецидивного эффектов при комбинированном использовании полиоксидония и магнитоинфракрасного лазерного излучения у детей раннего возраста с тяжёлым течением распространённого атопического дерматита.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 90 детей (55 мальчиков и 35 девочек) в возрасте от 8 месяцев до 2 лет с тяжёлым течением распространённого атопического дерматита.

У больных атопическим дерматитом (АД) изучали данные анамнеза, общеклинические и клинико-лабораторные показатели. Вместе с тем у пациентов в первые 1-2 дня наблюдения (период обострения) и через 1-2 дня после наступления полной клинической ремиссии заболевания определяли содержание Т- и В-лимфоцитов (реакции спонтанного и комплементарного розеткообразования), CD4- и CD8-лимфоцитов (метод непрямой иммунофлюоресценции с помощью моноклональных антител ИКО-86 и ИКО-31) в крови, исследовали уровни иммуноглобулинов (Ig) G, A, M (метод радиальной иммунодиффузии с моноспецифическими антисыворотками), общего Ig E (метод иммуноферментного анализа) и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови (унифицированный метод преципитации с раствором полиэтиленгликоля),