

роды чаще встречались у женщин с большей массой тела.

Распределение работающих по группам в I группе 21 (67,7%), во II – 129 (69,7%), в III – 38 (67,9%), в IV – 23 (82,1%). Нами не найдено достоверной разницы по отношению к работе. В браке состояло в I группе 21 (67,7%), во II – 142 (76,8%), в III – 44 (78,6%), в IV – 18 (64,3%). Большинство женщин I-IV групп состояли в браке, однако наименьший показатель зарегистрирован в IV группе.

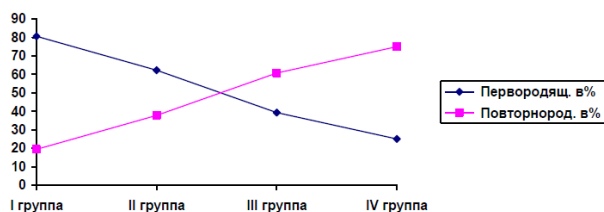


Рис. 2. Распределение беременных по паритету.

Заслуживают внимания данные об образовании, если в I и II группах было около половины женщин с высшим образованием, то далее с увеличением массы тела отмечено снижение этого показателя в IV группе. Высшее образование имели в I группе – 14 (45,2%), во II – 88 (47,6%), в III – 18 (32,1%), в IV – 3 (10,7%). Средне-специальное образование в I группе 9 (29,0%), во II – 48 (25,9%), в III – 20 (35,7%), в IV – 15 (53,6%). Среднее образование в I группе 8 (25,8%), во II – 42 (22,7%), в III – 8 (32,1%), в IV – 10 (35,7%).

Беременность закончилась срочными родами у более 80% беременных всех групп. В тоже время частота преждевременных родов была примерно в 2 раза выше у женщин с ожирением. Срочные роды в общей группе 263 (87,7%), в I – 31 (100%), во II – 164 (88,6%), в III – 52 (92,9%), в IV – 23 (82,1%). Преждевременные роды в общей группе составили 25 (8,3%), в I – 0 (0%), во II – 15 (8,1%), в III – 4 (7,1%), в IV – 5 (17,9%). Частота кесарева сечения в общей группе 86 (28,7%), в I – 5 (16,1%), во II – 50 (27,0%), в III – 19 (33,9%), в IV – 12 (42,9%). Отмечен рост частоты кесарева сечения с увеличением массы тела, достигая 42,9% у женщин с ожирением.

Таблица

Общая клиническая характеристика обследованных

	Общее		I-группа		II-группа		III-группа		IV-группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Средний возраст	26,35		24,52		25,89		27,16		29,86	
Высшее образование	123	41%	14	45,2%	88	47,6%	18	32,1%	3	10,7%
Среднее специальное	92	30,7%	9	29%	48	25,9%	20	35,7%	15	53,6%
Среднее образование	78	26%	8	25,8%	42	22,7%	18	32,1%	10	35,7%
Работающие	211	70,3%	21	67,7%	129	69,7%	38	67,9%	23	82,1%
Состоящие в браке	225	75%	21	67,7%	142	76,8%	44	78,6%	18	64,3%
Срочные роды	263	87,7%	31	100%	164	88,6%	52	92,9%	23	82,1%
Преждевременные	25	8,3%	0	0%	15	8,1%	4	7,1%	5	17,9%
Кесарево сечение	86	28,7%	5	16,1%	50	27%	19	33,9%	12	42,9%
Первородящие	169	56,3%	25	80,6%	115	62,2%	22	39,3%	7	25%
Повторнородящие	131	43,7%	6	19,4%	70	37,8%	34	60,7%	21	75%
Всего	300	100%	31	10%	185	62%	56	19%	28	9%

Из проведенного исследования мы видим, что процент повторнородящих в IV группе самый большой – 75%. Процент состоявших в браке сильно не отличался по группам, однако в IV группе всё же был самый низкий 64,3%, тогда как во II – 76,8%, и в III – 78,6%. Количество женщин с высшим образованием было самым низким в IV группе (ожирение) 10,7%, а в группе женщин с нормальной массой тела 47,6%, и в группе с дефицитом веса 45,2%. Самый лучший показатель срочных родов 100% в группе женщин с дефицитом веса, самый низкий в группе с ожирением 82,1%. Наибольший процент преждевременных родов в группе с ожирением 17,5%, тогда, как в группе с нормальным весом 8,1% (ОШ 2,49 (ДИ 0,82-7,42)). Представляет интерес, что частота кесарева сечения достоверно выше у женщин с ожирением 42,9%, тогда как в группе с нормальной массой тела 27% (ОШ 2,3 (ДИ – 0,91-4,54)), а в группе с дефицитом массы тела 16,1%, что достоверно ниже чем при нормальной массе (ОШ 3,9 (ДИ – 1,16-13,14)).

Установлено влияние массы тела на медико-социальные

показатели беременных, что следует учитывать при наблюдении за женщинами в женской консультации.

Литература

1. Абрамченко В.В., Ланцев Е. А. Кесарево сечение. – Санкт – Петербург: Медицина, 1991. – 147с.
2. Бериханова, Р.Р., Хрипунова Г.И. //Акушерство и гинекология. – 2007. – №6. – С. 9–12.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение. – М., 2006. – 456 с.
4. Макария А.Д., Пиеничникова Е.Б., Пиеничникова Т.Б., Бицадзе В.О. //Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии. – М., 2006. – 480 с.
5. Терещенко И.В., Панова Л.Ю. // Акушерство и гинекология. – 2009. – №1. – С.23–25.
6. Бериханова Р.Р., Хрипунова Г.И. // Акушерство и гинекология. – 2007. – №6. – С. 9–12.

MEDICO-SOCIAL CHARACTERISTIC OF WOMEN WITH DIFFERENT WEIGHT

V.G. VOLKOV, O.U. SYCHIEVA, I.V. KUZMINA, E.A. SAVKINA

Tula, Tula State University, Medical College,
Chair of Obstetrics and Gynecology

The article concerns the analysis of 300 puerperas carried out in the period of 01.01.09-01.04.09 in the Tula Regional Perinatal Centre. It was established that weight affects the medico-social characteristics of pregnant women. In youth weight deficit, and in older age - obesity were observed more often. Body weight correlated with parity in inverse way. The increase of the cases of Cesarean section in connection with weight growth reaching 42,9% was marked. The frequency of preterm labours was twice higher at obesity. Repeated labours took place more often in the group of women with major weight.

Key words: obesity, pregnancy, parity, Cesarean section, labour.

УДК 615.838:616.69-008.1+616-008.9

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ЖЕЛЕЗНОВОДСКОМ КУРОРТЕ

В.В. РУБИН, А.П. ЕФИМЕНКО, А.С. ЦОГОЕВ, Е.Е. УРВАЧЁВА*

В работе впервые применены методы санаторно-курортного лечения больных эректильной дисфункцией, обусловленной метаболическим синдромом. Доказано, что разработанные лечебные комплексы с применением бальнеофакторов Железноводского курорта и терапии на фоне двигательной нагрузки, рациональной диетотерапии повышают общую эффективность курортного лечения данной категории больных на 18-20%.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, метаболический синдром, курортное лечение.

Эректильная дисфункция (ЭД) – наиболее точный из употребляемых терминов, пришедший на смену устаревшему «импотенция» и определяющий последнюю как неспособность достигать и/или поддерживать эрекцию, достаточную для проведения полового акта [1,2]. По данным М.И. Когана (2005) эта проблема встречается у миллионов мужчин во всём мире, и в последнее время привлекает большое внимание и учёных и общества [2].

В исследованиях Е.Б. Мазо и соавт. (2007) выявлена связь эректильной дисфункции с метаболическим синдромом [3]. Степень выраженности эректильной дисфункции напрямую зависит от повышения индекса массы тела и других компонентов метаболического синдрома, а также длительности его течения [1,2]. Являясь болезнью цивилизации, метаболический синдром широко распространен в популяции, его частота достигает 25% взрослого населения планеты. У мужчин активного возраста он встречается у 40-45%, причём эректильная дисфункция при этом отмечается в большинстве случаев (76%). Лечение метаболического синдрома у мужчин актуально в связи с недостаточной изученностью патогенеза, терапии и профилактики осложнений этого состояния. Использование медикаментозной и, в том числе, гормональной терапии, недостаточно эффективно. Заболевание оста-

* ФГУ «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства», Россия, 357501, Ставропольский край, г. Пятигорск, проспект Кирова, 30

ётся резистентным к лечению и прогрессирует. Позитивное влияние бальнеотерапии на редукцию повышенной массы тела, липидный и углеводный обмены, регуляцию процессов перекисного окисления липидов [4], благотворное действие термотерапии, выражающееся в улучшении микроциркуляции, явилось основанием для назначения вышеуказанных факторов в комплексе с целью коррекции патологических процессов у наблюдаемых пациентов. Работами ученых-гинекологов доказана эффективность воздействия железноводских факторов при нарушениях женской половой сферы при МС, однако в отношении мужского здоровья аналогичных исследований не проводилось.

Цель исследования – разработать метод коррекции нарушений эректильной функции у пациентов, страдающих метаболическим синдромом, путем комплексного применения лечебных факторов Железноводского курорта и термотерапии посредством мини-сауны «Кедровая бочка».

Материалы и методы исследования. В урологическом отделении филиала Железноводская клиника Пятигорского государственного НИИ курортологии ФМБА России изучено влияние «Славяновской» минеральной воды в виде ванн, сифонных промываний и внутреннего её приёма, а также пелоидо- и термотерапии при вышеуказанной патологии. Для решения поставленной задачи проведено наблюдение 80 пациентов репродуктивного возраста с длительностью заболевания от 3 до 12 лет.

Пациенты были разделены на две репрезентативные группы. В первой группе на фоне общеоздоровительных мероприятий: тренирующего режима, дробного диетического питания и внутреннего приёма углекисло-гидрокарбонатно-сульфатной натриево-кальциевой воды малой минерализации – 3,6-3,7 г/л, в количестве 3,5 мл на килограмм массы тела три раза в день за 40-45 минут до еды, пациенты принимали ванны с этой же минеральной водой, температурой 36-37°C, экспозицией 15 минут, по 8 на курс, фитомикрোকлизмы по 8 процедур на курс, сифонные промывания минеральной водой до 8-10 литров индивидуально, 3-4 процедуры на курс и пелоидотерапии в виде грязевых аппликаций иловой грязью Тамбуканского озера на «трусиковую» зону температурой 40-42°C, экспозицией 15-20 минут и ректальных тампонов температурой 42-45°C, экспозицией 25-30 минут, на курс – 6-8 процедур – 40 больных. Во второй группе (40 больных) в лечебном комплексе пелоидотерапия была заменена термотерапией, проводимой посредством мини-сауны профилактической «Кедровая здравница», температурой 46-58°C, экспозицией 10 минут, на курс 6-8 процедур, которая назначалась через день (в дни, свободные от бальнеопроцедур).

Проанализированы антропометрические данные, клинико-функциональные исследования, включающие оценку анамнестического андрологического статуса (жалобы, тестирование пациентов по Васильченко Г.С. (1983) и *Международному индексу эректильной дисфункции* (МИЭД), осмотр половых органов с пальцевым ректальным исследованием предстательной железы) больных. Андрологический статус включал доплерографическое исследование различных фаз эрекции, исследование сока предстательной железы и уретрального мазка, исследование гормонов сыворотки крови иммуноферментным методом: пролактин, тестостерон, инсулин, кортизол. Клиническое и биохимическое обследование больных проводилось с определением уровня в крови общих липидов, β-липопротеидов, триглицеридов, холестерина общего и фракций (ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП), коэффициента атерогенности, фосфолипидов, глюкозотолерантного перорального теста и протромбинового индекса. Также учитывались данные сонографии органов малого таза и ЭКГ.

Результаты и их обсуждение. После проведенной терапии у больных, получавших лечение по 2 ЛК, отмечалось улучшение общего состояния, уменьшились нервозность, раздражительность и утомляемость у всех мужчин. Зарегистрировано снижение избыточной массы тела также у всех пациентов: 38% человек похудели на 3-4 кг, 41,8% – на 5-6 кг, а 19% потеряли свыше 6 кг, причем наиболее выраженная редукция массы тела наблюдалась у пациентов при давности заболевания до 3 лет. *Индекс массы тела* (ИМТ) после лечения снизился до $29,6 \pm 0,23 \text{ кг/м}^2$ ($p < 0,05$).

Коррекция антропометрических параметров сопровождалась нормализацией основных метаболических нарушений. Существенные сдвиги наблюдались в показателях липидного обмена. Они выражались в достоверном уменьшении уровня холестерина на 17,7%, триглицеридов – на 32,9%, липопротеидов низкой плотности на

27,9%, существенно уменьшая коэффициент атерогенности у 57% исследуемых.

Проводимая терапия оказала значительное влияние на гормональные показатели. Наиболее значимым было достоверное повышение концентрации тестостерона у 94,9% пациентов. Достоверным было и снижение гипергликемии при проведении глюкозотолерантного теста после приема санаторно-курортного лечения в 94,7% случаев. В конце исследования указанные параметры исследуемых пациентов не отличались от нормы.

Уже на фоне лечения наметились положительные изменения в характере эректильной функции, которые стали более четкими после окончания приема комплексной курортной терапии. Наиболее выраженные нарушения эректильной функции сохранились у 2,5% пациентов, в то время как до лечения эта форма дисфункции была у 17,7%. Чаще всего до лечения наблюдалась умеренная степень ЭД (60,8% пациентов), после лечения она так оценивалась уже у 21,5% мужчин. В 34,1% случаев после лечения ЭД приняла лёгкий характер, исходно имевшийся у 20,2%. У 39,2% мужчин симптомы нарушения эрекции после лечения практически отсутствовали. Отрицательных результатов в наблюдаемых группах не отмечалось. Улучшение эрекции, подтвержденное шкалой МИЭД и тестированием по Васильченко Г.С., наблюдалось у 86,3% лиц и было итогом всех вышеуказанных результатов и собственно решением поставленной цели.

В сравнительном аспекте результаты лечения этой группы больных (2 ЛК) сопоставлялись с соответствующими показателями идентичной группы больных, получавших пелоидотерапию (1 ЛК – контроль). Положительная динамика основных показателей, характеризующих патологический процесс, была на 16-18% более выражена в группе больных, получавших в комплексе курортного лечения термотерапию.

Заключение. Таким образом, санаторно-курортного лечения в Железноводске эффективно для больных ЭД, обусловленной метаболическим синдромом. Разработанные лечебные комплексы с применением бальнеофакторов и термотерапии на фоне двигательной нагрузки, рациональной диетотерапии, направлены на нормализацию обменных и гормональных процессов организма, и восстановление эректильной функции в результате лечения.

Литература

1. Гамидов, С.И. Профилактика эректильной дисфункции у больных с метаболическим синдромом. / С.И. Гамидов, Е.М. Сотникова, Р.В. Гасанов. // Урология. – 2007. – №5. – С. 44–49.
2. Коган, М.И. Эректильная дисфункция (текущее мнение). / М.И. Коган. // Ростов-на-Дону, 2005. – 268 с.
3. Мазо, Е.Б. Роль препаратов тестостерона в комбинированной терапии эректильной дисфункции у больных метаболическим синдромом. / Е.Б. Мазо, С.И. Гамидов, В.В. Иремашвили, Е.М. Сотникова. // Урология – 2007. – №4. – С. 63–69.
4. Полушина, Н.Д. Превентивная курортология (теоретические и прикладные аспекты, перспективы). – / Н.Д. Полушина, В.К. Фролков, Л.А. Ботвинева. // Пятигорск, 1997. – 204 с.

RECOVERY OF ERECTILE FUNCTION IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME IN ZHELEZNOVODSK RESORT

V.V. RUBIN, A. P. YEFIMENKO, A.S. TSOGOEV, YE.YE. URVACHEVA

Pyatigorsk State Research Institute of Balneology

For the first time the method of spa treating patients with erectile dysfunction caused by metabolic syndrome has been used. It is proved that the developed therapeutic complexes including Zheleznovodsk resort balneal factors and thermotherapy at the background of moving activity and rational diet increases the overall effectiveness of spa therapy in such patients by 18-20%.

Key words: erectile dysfunction, metabolic syndrome, spa resort, thermotherapy.