

Положительные результаты получены и в гормональном профиле. Отмечено снижение уровня инсулина у больных СД 2 и ожирением, соответственно этим изменениям повысился индекс инсулинорезистентности. К концу курортного лечения отмечена тенденция к снижению содержания лептина и ТТГ в плазме крови у больных СД и ожирением, FT4 оставался в нормальных пределах, как и уровень кортизола и соматотропного гормона, а содержание тестостерона и эстрадиола в соответствующих группах больных имели тенденции к средним показателям нормальных значений.

У 63,0% больных с первоначально повышенными уровнями общих липидов, беталипопротеидов, СЖК, холестерина наблюдалось их уменьшение или нормализация, у 52,1% отмечено повышение первоначально сниженного уровня холестерина высокой плотности.

Полученные результаты исследований свидетельствуют о благоприятном влиянии комплексной курортной терапии у больных СД 2 с метаболическим синдромом и больных абдоминальным ожирением с применением комплекса курортной терапии на клиничко-метаболические, гормональные и функциональные показатели, состояние инсулинорезистентности, липидный обмен, динамику артериального давления и др.

КОРРЕКЦИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ НА КУРОРТЕ

А.Т. Терешин, Е.Е. Бакуров

ФГБУ ПГНИИК ФМБА России

Введение. Актуальность проблемы хронического простатита (ХП) связана, в первую очередь, со снижением качества жизни, психологическим дискомфортом, испытываемым мужчинами в связи с этим заболеванием. Социальный аспект заключается в том, что у 30% больных хроническим простатитом развивается преждевременная эякуляция, недостаточная эрекция, угнетение полового влечения, при длительном процессе - эректильная дисфункция (ЭД) и мужское бесплодие.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 больных ХП в возрасте от 22 до 45 лет. Больные получали локальное отрицательное давление и лазеротерапию (ЛОД-лазеротерапию), массаж простаты, психотерапевтическую коррекцию сексуальной дезадаптации, ЛФК.

Результаты и обсуждение. Под влиянием ЛОДЛТ балльная оценка боли снизилась в 1,69 раза или на 40,7%, дизурии – в 1,68 раза или на 40,4%, индекс симптоматики ХП – в 1,65 раза или на 39,4%, клинический индекс ХП – в 2,2 раза или на 54,6%, качество жизни повысилось в 1,5 раза или на 50% по сравнению с изначальными данными.

После лечения эректильная функция возрастает в 1,38 раза или на 38,2%, удовлетворенность половым актом – в 1,417 раза или на 47%, оргазмическая функция – в 1,07 раза или на 6,7%, либидо – в 1,3 раза или на 30,6%, удовлетворенность половой жизнью – в 3,2 раза или на 23% по сравнению с изначальными данными.

Под влиянием ЛОДЛТ вегетативный индекс Кердо снижается в 1,73 раза или на 42,1%, минутный объем крови – в 1,4 раза или на 28,4%, индекс минутного объема крови – в 1,29 раза или на 22,3%, коэффициент Хильдебранта – в 1,8 раза или на 45% по сравнению с изначальными данными, в результате чего вегетологические показатели достигли значений нормы у 26 (65%) больных.

Под влиянием терапии балльная оценка трансректального пальпаторного состояния ПЖ снизилась в 1,44 раза (с $4,54 \pm 1,18$ до $3,15 \pm 0,52$, $p < 0,05$), что имеет высокую корреляцию с данными ТРУЗИ простаты ($r = 0,92$, $p < 0,05$). Объем ПЖ снизился в 1,29 раза (с $31,8 \pm 2,2$ см³ до $24,7 \pm 2,2$ см³, $p < 0,05$) за счёт уменьшения отёка и инфильтрации паренхимы органа, не достигая нормы ($19,8 \pm 0,2$ см³), в результате чего нормальный объем ПЖ наступил у 25 (62,5%) больных.

Количество больных с расширенными парапростатическими венами снизилось с 36 (90%) до 10 (25%), расширенными параректальными – с 23 (57,5%) до 10 (25%), т.е. нормализация диаметра парапростатических вен наступила у 26 (72,2%) из 36, параректальных – у 16 (69,6%) из 22 больных.

Скорость венозного кровотока в ПЖ возросла на 14,8% (с $4,7 \pm 0,3$ см/с до $5,4 \pm 0,3$ мм, $p < 0,05$), не достигая нормы ($5,8 \pm 0,2$ см/с, $p > 0,05$), в результате чего нормализация венозного кровотока в ПЖ наступила у 25 (62,5%) больных.

Под влиянием ЛОДЛТ диаметр дорсальной вены в стадиях релаксации, тумесценции и эрекции снижался на 15,4%, 12% и 20,8% соответственно, скорость кровотока в дорсальной вене в стадиях релаксации, тумесценции и эрекции - на 7,8%, 4,9% и 13,5%, венотонический коэффициент повышался на 7,3%, коэффициент эластичности венозной стенки - на 7,4% по сравнению с изначальными данными, в результате чего кровоток в глубокой дорсальной вене достиг значений нормы у 29 (72,5%) больных.

Под влиянием ЛОДЛТ диаметр кавернозной артерии в стадиях релаксации и эрекции повышаются на 5% и 2,6% соответственно, индекс эластичности артериальной стенки на 2,1%, эректильная

площадь в стадиях релаксации и ригидности - на 18,4% и 5,3% соответственно, индекс эластичности кавернозных тел – на 7,8%, толщина белочной оболочки в стадиях релаксации и ригидности снижаются на 7,4% и 22,1% соответственно, индекс эластичности белочной оболочки повышается на 19% по сравнению с изначальными данными.

Доплерометрические исследования выявили, что после использования ЛОДЛТ количество больных с артериальной недостаточностью кавернозных тел снижается с 9 (22,5%) до 2 (5%), с венозной – с 12 (30%) до 3 (7,5%), с артериовенозной – с 13 (32,5%) до 6 (15%). При психогенной ЭД терапевтический эффект был 100%. Клинические исследования показали, что использование ЛОДЛТ эффективно при легких и средних степенях артериальной (70%), венозной (75%) и артериовенозной (53,8%) недостаточности пенильной гемодинамики, в результате чего пенильная гемодинамика достигла нормативных данных у 29 (72,5%) больных.

До лечения количество лейкоцитов в секрете ПЖ от 0 до 10 было у 25 (62,5%), от 11 до 20 – у 10 (25%), от 21 до 40 – у 5 (12,5%) больных. После лечения количество лейкоцитов в секрете ПЖ от 1 до 10 (в пределах нормы) было у 33 (82,5%), от 11 до 20 – у 7 (17,5%) больных, что можно связать с сексуальной оптимизацией пациентов, реализующейся в более частых и регулярных коитусах, конечной фазой которых является семяизвержение. Эякуляция – это естественное сокращение ПЖ, механически опорожняющее и saniрующее систему её протоков. Такое предположение, безусловно, подтверждается многочисленными публикациями, касающимися эффективности лечения ХП с помощью частого семяизвержения. Нормализация функциональной активности ГНТС наступила у 28 (70%) больных.

После ЛОДЛТ значительное улучшение наступило у 29 (72,5%) больных, имеющих сильную половую конституцию, средний и слабый вариант средней половой конституции, улучшение – у 10 (25%) больных, имеющих слабый вариант средней половой конституции и слабую половую конституцию, без улучшения – у 3 (7,5%) больных, имеющих слабую половую конституцию.

При наблюдении в течение 1 года после проведенного лечения индекс обострений снизился в 1,63 раза (с $2,13 \pm 0,12$ до $1,31 \pm 0,12$, $p < 0,05$). Результаты ЛОДЛТ через 1 год после лечения показали, что значительное улучшение наблюдалось у 19 (47,5%), улучшение – у 16 (40%), без улучшения – у 5 (12,5%) больных, т.е. через 1 год после окончания лечения ЛОДЛТ количество больных со значительным улучшением падает на 15%.

По результатам исследования можно заключить, что ведущим механизмом действия ЛОДЛТ является улучшение

кровоснабжения простаты в целом, что позволяет нивелировать наиболее существенное звено патогенеза хронического простатита. Обогащение крови кавернозных синусов молекулярным кислородом во время эрекции, вызванной ЛОД-лазеротерапией, оказывает мощное влияние на синтез эндогенных вазоактивных веществ и повышает эрекционную активность полового члена, а также способствует регенерации гладких мышц артерий и кавернозных тел.

МАГНИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

А.Т. Терешин, Е.Е. Бакуров

ФГБУ ПГНИИК ФМБА России

Введение. Терапевтические мероприятия эректильной дисфункции (ЭД) при хроническом простатите (ХП) встречаются ряд препятствий в связи с отсутствием системно-структурного подхода к сексопатологическим синдромам. Следует изыскивать новые возможности коррекции сексуальных расстройств, адекватно влияющие на все иерархические уровни обеспечения копулятивного цикла. Этим требованиям отвечает системная магнитотерапия, оказывающая нормализующее влияние на корково-подкорковые взаимоотношения и лимбико-ретикулярный комплекс, обладающая анальгезирующим, иммунокорректирующим действием, улучшающая микроциркуляцию, дренажную и трофическую функции предстательной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 больных ХП в возрасте от 22 до 45 лет. Больные получали системную магнитотерапию на магнитотурботроне «ЭОЛ» в режиме «Стандарт» в течение 15 минут, через день, в количестве 15 процедур, массаж простаты, психотерапевтическую коррекцию сексуальной дезадаптации, лечебную физкультуру (ЛФК) по методу Л.А. Бутченко, О.Л. Тиктинского.

Результаты и обсуждение. Возраст больных в среднем составил $32,6 \pm 1,2$ года, длительность ХП - $4,2 \pm 1,1$ года, длительность ЭД - $3,8 \pm 0,4$ года. Под влиянием магнитотерапии балльная оценка боли снижается в 1,47 раза или на 32,1%, дизурии – в 1,49 раза или на 32,8%, качество жизни повышается в 1,45 раза или на 30,9%, индекс