

**ФГУ РНЦ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И КУРОРТОЛОГИИ
РОСЗДРАВА**

На правах рукописи

МХИТАРЯН Георгий Андроникович

**ФАРМАКОПУНКТУРА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ
ПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН**

14.00.51 - восстановительная медицина, лечебная физкультура и
спортивная медицина, курортология и физиотерапия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва 2006 год

Работа выполнена в Московской медицинской академии им.
И.М.Сеченова

Научный руководитель
доктор медицинских наук, профессор **Агасаров Лев Георгиевич**

Официальные оппоненты:
доктор медицинских наук, профессор **Радзиевский Сергей Алексеевич**
доктор медицинских наук, профессор **Степанченко Алексей Васильевич**

Ведущее учреждение:
Московский областной научно-исследовательский клинический институт
имени М.Ф.Владимирского

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2006 года
в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.060.01 при ФГУ
Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии
Росздрава по адресу: 121099, Москва, пер. Борисоглебский, дом 9.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ Российский научный
центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава по адресу:
121099, Москва, пер.Борисоглебский, дом 9.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2006 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор биологических наук, профессор **В.К.Фролков**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Проблема нормы и патологии половой сферы у мужчин, не являясь приоритетной для общего здравоохранения, занимает важное место в системе восстановительной медицины. В рамках концепции сохранения здоровья здорового человека (А.Н.Разумов, 2000-2005) актуальность темы сексологии и сексопатологии определяется биологическими и медико-социальными аспектами (С.Т.Агарков, 2003, И.Ю.Кон, 2003, Г.С.Васильченко, 2003, Г.С.Кочарян, 2003, Ф.Н.Фесенко с соавт., 2003 и др.).

При этом, исходя из противоречий в трактовке сексуальных расстройств, оптимальным является изучение их генеза и терапии при клинически очерченной патологии, в нашем случае – вертеброгенной. Исследования последних лет (П.К.Лекарь, М.Я.Рубинштейн, 1991, Л.Г.Агасаров, 1992, 2004, В.А.Александров, 1997 и др.) отразили частоту (до 60% случаев) и своеобразие половых нарушений при дорсопатиях. Показано, что в основе этой «модели» лежит переплетение гуморальных, астено-невротических и рефлекторно-сосудистых звеньев, т.е., практически всех составляющих копулятивного цикла (Г.С.Васильченко, 2004).

Подобная многофакторность патологии определяет, в свою очередь, устойчивость по отношению к большинству лечебных методик, как медикаментозных, так и физических. Этот вопрос – терапевтической резистентности сексуальных расстройств, в системе восстановительной медицины вообще может рассматриваться как отдельный.

В связи с этим рамки лекарственной терапии половых нарушений расширены сегодня за счет интракавернозных инъекций вазоактивных агентов, приемом в целом агрессивных препаратов (виагра), сопровождающихся отчетливыми негативными эффектами.

Это обуславливает применение иных форм лечения, в том числе – рефлексотерапии. Улучшение сексуальных функций у 45-57% больных в ходе акупунктуры подтверждается динамикой объективных показателей –

психологических, электрофизиологических и др. (Е.Л.Мачерет, И.З.Самосюк, 1991, Л.Г.Агасаров, 1996, В.В.Александров, 1997 и др.).

Однако неустойчивость достигнутых результатов, со снижением уровня эффекта по истечению 4-5 месяцев (В.В.Александров, 1997), определяет интерес к такой современной разновидности рефлексотерапии, как фармакопунктура (ФП) - введению препаратов в точки рефлексотерапии. В лечебных механизмах этого метода выделяют несколько звеньев, включая тонкие механизмы взаимодействия акупунктурной точки и препарата.

При этом вопросы тропности препаратов к точкам раскрыты явно недостаточно. К примеру, в ходе ФП классических средств роль измененных объемных характеристик точки превалирует над действием самого препарата (Е.А.Чузавкова, 1996). Однако в случае применения гомеопатических средств доказана лечебная значимость именно самого медикамента (Н.Е. Путилина, 2001, А.А.Михайлова, 2003).

В сексопатологии при проведении фармакопунктуры используют средства, которые не отличаются особой специфичностью в отношении сексуальной сферы (И.Ф.Юнда с соавт., 1984). С другой стороны, гомеопатический препарат Тестис композитум (фирма Хеель, Германия) прямо показан при сексуальных расстройствах у мужчин. В России препарат прошел соответствующие клинические испытания и разрешен к медицинскому применению.

Результатами этих испытаний подтверждено, что внутримышечное введение данного средства обеспечивает улучшение сексуальных функций приблизительно в 60% наблюдений (Н.Д.Кибрик, М.И.Ягубов, 1999). Более того, ориентируясь на единичные данные (Л.Г.Агасаров, 2002), можно предполагать потенцирование наблюдаемых эффектов в случае введения этого препарата в точки рефлексотерапии.

Исходя из этого, изучение механизмов и эффективности фармакопунктуры в коррекции половых нарушений у мужчин представляет как научный, так и

практический интерес для системы восстановительной медицины. Эта тема и явилась предметом выполненной диссертационной работы.

Цель исследования.

Целью настоящего исследования является раскрытие основных механизмов действия и сравнительный анализ эффективности различных вариантов фармакопунктуры в восстановительной коррекции сексуальной деятельности у мужчин с дорсопатией.

Задачи исследования.

1. уточнить типологию сексуальных расстройств у мужчин с пояснично-крестцовыми вертеброгенными синдромами;
2. провести сопоставимый анализ эффективности различных методик фармакопунктуры и стандартного применения гомеопатического препарата в восстановительном лечении данного контингента, с обоснованием механизмов достигаемых эффектов;
3. оценить, по данным катamnестического анализа, устойчивость терапевтических результатов, с выделением, тем самым, оптимальной схемы лечебного воздействия.

Научная новизна

В ходе исследования получены новые сведения о механизмах традиционных технологий восстановительного лечения мужчин с сексуальными расстройствами на фоне дорсопатий. Данные факты базируются на оценке состояния всех компонентов копулятивного цикла у обследуемых лиц, т.е., нейро-гуморальном, психическом и сегментарных звеньях.

Впервые сопоставлены терапевтические возможности различных методик воздействия: фармакопунктуры с использованием специфического (Тестис композитум) и индифферентного средств, а также стандартного варианта – внутримышечного введения данного гомеопатического препарата.

При этом непосредственно по завершению лечения больных выявлено терапевтическое преимущество фармакопунктуры обоими средствами над внутримышечным введением препарата Тестис композитум. Однако установленное в последнем случае постепенное улучшение состояния больных отражает наличие гомеопатически отставленного эффекта.

В свою очередь, выраженные и стойкие результаты в ответ на инъекцию Тестис композитум в точки акупунктуры впервые раскрывают потенцирование лечебных эффектов рефлексотерапии и гомеопатии в практике сексопатологии.

Подобный вывод основан на результатах комплексного обследования, с применением современных исследовательских методик — клинических, биохимических, психологических, электрофизиологических.

Практическая значимость

В ходе проведенного исследования сопоставлены терапевтические возможности различных методик восстановительного лечения больных с сексуальными расстройствами, имеющие конкретное практическое преломление.

Установлено, что относительно невысокая результативность, отмечаемая непосредственно по завершению внутримышечного введения препарата Тестис композитум, компенсируются в дальнейшем за счет кумулятивного эффекта, с постепенным нарастанием показателей половой деятельности больных.

Разработаны практические рекомендации по выполнению фармакопунктуры, с уточнением терапевтических возможностей применяемых средств и схемы самой методики. Показано, что фармакопунктура гомеопатическим препаратом обеспечивает отчетливый и стабильный терапевтический эффект. В случае фармакопунктуры физиологическим раствором начальные положительные результаты, напротив, являются менее стойкими.

Выявлено, что прогностически благоприятным признаком, свидетельствующим об эффективности проводимой терапии (при обоих

вариантах введения Тестис композитум), является увеличение концентрации в крови «периферических» половых гормонов, с тенденцией к нормализации соотношения этих и тропных гормонов гипофиза.

Предлагаемая результативная методика фармакопунктуры характеризуется легкой воспроизводимостью, не требуя специальных знаний в области традиционного («восточного») иглоукалывания или классической гомеопатии

Внедрение в практику здравоохранения

Материалы исследования внедрены в практику работы ряда лечебно-профилактических учреждений - специализированной клинической больницы восстановительного лечения Москвы, ГКБ №11 Москвы, поликлиники Института клинической фармакологии НЦ ЭСМП Минздрава соц.развития России, Республиканского Центра восстановительной медицины и рефлексотерапии Чувашии.

Уровень внедрения – местный, республиканский.

Положения, выносимые на защиту.

1. Выявленные особенности формирования половых расстройств у мужчин на фоне дорсопатии дополняют представления о механизмах этих дисфункций, позволяя, тем самым, детализировать эффекты проводимого восстановительного лечения больных.

2. Установлена сопоставимость эффектов фармакопунктуры специфическим (гомеопатическим препаратом Тестис композитум) и индифферентным (физиологический раствор) агентами в ближайшем периоде, достоверно ($p < 0,05$) превосходящих результаты внутримышечного введения гомеопатического средства.

3. В отдаленном периоде прослеживается стабильность результатов, достигнутых в ходе фармакопунктуры Тестис композитум и постепенное улучшение сексуальной деятельности у лиц, получавших данный препарат

внутримышечно. В случае фармакопунктуры физиологическим раствором терапевтические результаты менее устойчивы.

Апробация работы

Основные положения работы доложены и обсуждены на международной конференции «Болезни цивилизации в аспекте учения В.И.Вернадского» (Москва, октябрь 2005 г.), научно-практических конференциях «Перспективные направления рефлексотерапии» (Уфа, июнь 2005 г.), «Актуальные вопросы рефлексотерапии» (Череповец, ноябрь 2005 г.), «Вопросы мануальной и акупунктурной терапии» (Казань, апрель, 2006) и межфакультетском совещании ФППО ММА им. И.М.Сеченова (ноябрь 2005 г.).

По материалам диссертации опубликовано 1 статья в научно-практическом журнале «Перспективы традиционной медицины» (2005, №1) и 3 тезисов – в сборниках тезисов конференций.

Объем и структура работы.

Диссертационная работа изложена на 106 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, глав «Материалы и методы» и «Результаты собственных исследований», обсуждения, выводов и практических рекомендаций.

Список литературы включает ссылки на 111 работ, из них отечественных – 81 и зарубежных - 30. В качестве иллюстративного материала в диссертации представлены 17 таблиц и 4 рисунка.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Материал и методы исследования.

Контингент. Под наблюдением находилось 90 мужчин с сексуальными расстройствами, сформированными в ходе эскалации пояснично-крестцовых нейровертеброгенных синдромов. В данной группе, отобранной из более, чем 200 больных, прослеживалась причинно-следственная связь между вертеброгенной и сексуальной патологией.

Неврологический осмотр больных проводили в соответствии с общепринятыми рекомендациями (Я.Ю.Попелянский, 2000). При этом, с учетом задач, из исследования исключались мужчины с вертеброгенной пудендоневропатией, а также – развернутыми эндокринными заболеваниями.

С целью исключения возможной связи выявляемых закономерностей с инволюционными процессами в половой сфере, под наблюдение отбирались лица не старше 50 лет, среди которых большинство (61%) составили больные возрастной группы от 30 до 45 лет.

Длительность вертеброгенного процесса колебалась от года до более 10 лет, с максимальной представленностью в диапазоне от 3 до 5 лет (33,3% наблюдений), отражая хронизацию изучаемого процесса. Больные отмечали от одного до нескольких обострений в год, в том числе сезонного характера.

Однако на момент осмотра и последующего сексологического лечения основной вертеброгенный процесс носил характер ремиссии. В этой ситуации в клинической картине на передний план выступала сексопатологическая симптоматика.

Синдромальное распределение больных свидетельствовало о приблизительно равном соотношении компрессионных и рефлекторных форм – в 43 (с преимущественным поражением корешка S1) и 47 наблюдений соответственно. Клинический диагноз был подтвержден данными рентгенологического обследования:

У 48 лиц выявлены сопутствующие соматические заболевания, преимущественно - сердечно-сосудистой системы и урогенитальной сферы.

Методы исследования.

Клинический метод. Наряду с неврологическим обследованием, всем больным проводили клинико-сексологический анализ. Применение при этом шкалы векторного определения половой конституции, с подсчетом генотипического индекса (Кг), индекса активности (Ка) и фенотипического индекса (Кф) позволяет охарактеризовать как генетические, так и поведенческие аспекты сексуальной деятельности. В группе условной нормы Кг составляет 4,70, Ка – 5,55, Кф – 5,06 (Г.С.Васильченко с соавт., 1990).

В соответствии с «Методическими рекомендациями по клиническим испытаниям новых лекарственных средств, применяемых в мужской сексологии и сексопатологии» (Л.Г.Агасаров с соавт., 2003) использовали оценку (в интервале от 0 до 3 баллов): половой предприимчивости; настроения перед сношением; напряжение полового члена; длительность сношения и др.

Биохимический метод. Уровень половой конституции и активности больных соотносили с результатами анализа состояния гипофизарно-гонадной системы путем радиоиммунологического определения содержания в сыворотке крови гонадотропных гормонов (лютеинизирующего, фолликулостимулирующего, пролактина), тестостерона и эстрадиола с использованием стандартных коммерческих тест – наборов

Патопсихологический метод. Клинико-психопатологическое обследование было направлено на оценку актуального психического состояния, выявление устойчивых изменений в психической сфере, определение их характера и выраженности. Для подтверждения клинических данных использовали анкетные методики «многостороннего исследования личности» (МИЛ), отечественный вариант адаптированного личностного опросника ММРІ (Ф.Б.Березин с соавт, 1976) и «самочувствия - активности - настроения» - САН (В.А.Доскин с соавт., 1973).

Электрофизиологический метод. Сопоставление пульсового кровенаполнения малого таза и нижних конечностей проводили путем анализа данных реовазографии. Характер кровенаполнения голени и стоп исследовали

посредством тетраполярной реовазографии (аппарат «Биосет-6001»); реографию малого таза выполняли на приборе Р4-02 с использованием в качестве регистрирующего устройства электрокардиографа ЭК4Т-02.

Результаты реографии малого таза сопоставляли с доплеровскими показателями гемодинамики в подчревных артериях – основных приносящих сосудах малого таза. Автоматическую регистрацию линейной средней скорости потока крови (см/сек) и объемного кровотока (мл/мин) в этих артериях проводили на аппарате SAL-50А фирмы TOSHIBA (Япония) с доплеровской приставкой SDL-01 при рабочей частоте 2,6 МГц.

Для оценки линейной скорости в дорзальных артериях полового члена (вне эрозографической стимуляции) использовали прибор Versaton (США) при частоте 4,1 МГц.

С целью анализа латентности и амплитуды М-ответа луковично-пещеристой мышцы использовали методику электростимуляционной миографии (И.И.Горпинченко с соавт, 2003) с применением аппарата Sapphire фирмы Medelec (Великобритания).

Методики восстановительного лечения

Обследуемые были разделены на три лечебные группы: две основные и одну - сравнения, каждая из 30 человек. Поскольку больные находились вне стадии обострения вертеброгенного процесса, акцент в лечении был сделан на восстановлении половой деятельности.

В основных группах базисным препаратом являлся Тестис композитум (фирма Хеель, Германия) Подтверждено (Н.Д.Кибрик, М.И.Ягубов, 1999, Л.Г. Агасаров, 2002), что данный препарат модулирует активность половых функций за счет целенаправленного влияния более 20 компонентов, представленных в низких концентрациях.

Согласно формату исследования, в 1-ой группе препарат вводили внутримышечно, во 2-ой – в точки рефлексотерапии. 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: J2-5 R11-14 RP12-14 – в надлобковой зоне, T2-4 V22-26 V31-34 - в пояснично-крестцовой области, RP4-9 R3-6 F2-9 - на внутренней поверхности голени и стоп.

В 3-ей группе проводили фармакопунктуру физиологическим раствором (0,9% раствор NaCl) в указанные выше точки рефлексотерапии. 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 этом выделяли следующие критерии результативности лечения: «улучшение» - сочетание положительной динамики как субъективных, так и объективных характеристик; «незначительное улучшение» - положительные сдвиги только субъективных показателей; «отсутствие эффекта»; «ухудшение». Исследования проводили в динамике, с компьютерно-статистической обработкой данных по критерию Т Стьюдента.

Результаты собственных наблюдений и их обсуждение.

На первом этапе работы были уточнены характеристики гормонального, психического и сосудистого обеспечения половой сферы при дорсопатиях. Полученные данные, варьирующие в зависимости от типа вертеброгенного синдрома, в целом не противоречат результатам ранее выполненных исследований (П.К.Лекарь, М.Я.Рубинштейн, 1991, Л.Г.Агасаров, 1998, В.В.Александров, 1997).

Так, у 54,4% больных (чаще при радикулярных синдромах) отмечена слабость половой конституции, с редукцией векторных показателей Кг до 3,8, Ка – 4,4, Кф – 4,34. Достоверное ($p < 0,05$) снижение первых двух позиций по отношению к норме сочеталось с измененным уровнем андрогенной насыщенности.

Так, характерное для больных с радикулопатиями падение ($p < 0,05$) в крови содержания тестостерона - до $3,39 \pm 0,43$ Мг/мл (при «норме» $5,44 \pm 0,53$) и эстрадиола - $0,072 \pm 0,006$ нмоль/мл (контроль - $0,10 \pm 0,01$) отмечалось на фоне дисбаланса уровня тропных гормонов гипофиза. У больных же с рефлекторными синдромами умеренное снижение концентрации в крови тестостерона и эстрадиола сочеталось с более благоприятным соотношением тропных гормонов.

В ходе клинико-психопатологического обследования у 72% больных выявлены устойчивые изменения в психической сфере, с доминированием (в 59% случаев) астенического компонента. Причем в 32% наблюдений, особенно отягощенных сопутствующей патологией, астенические проявления приобретали выраженную ипохондрическую окраску.

Повышенная утомляемость и раздражительность больных нашли отражение в усредненном профиле МИЛ: подъеме по I-ой (свыше 75 Т-баллов) и VI-VIII (в пределах 70 Т-баллов) шкалам. В контрольных исследованиях эти позиции варьировали от 45 до 55 Т-баллов. Характерным было также снижение всех показателей САН, в большей степени – «активности» (до 33-35 при «норме» в 50-55 единиц).

При анализе нервно-сосудистого обеспечения половой сферы в подавляющем большинстве (87%) наблюдений отмечалась сохранность специфических рефлексов, подтвержденная электромиографически. К примеру, латентность ($2,03 \pm 0,006$ мс) и амплитуда ($586,4 \pm 28,7$ мкВ) М-ответа бульбокавернозной мышцы сопоставимы с контрольными показателями - $2,03 \pm 0,08$ мс и $599,2 \pm 18,7$ мкВ соответственно.

С другой стороны, обращала на себя внимание сопоставимость вазомоторных реакций в регионе малого таза и нижних конечностях - в ответ на патологическую импульсацию из пораженных позвоночно-двигательных сегментов. Так, у 41% больных с радикулопатиями параллельно с выраженным падением кровенаполнения голени реографический индекс (РИ) малого таза снижался почти вдвое по сравнению с «нормой» - до $0,022 \pm 0,002$ против

0,04±0,0 Ом. В 48% случаев рефлекторной симптоматики наряду со снижением кровоснабжения ног наблюдалось достоверное ($p<0,05$) падение РИ малого таза (0,019±0,002 Ом) на фоне усиления спастических явлений.

Соответственно сдвигам показателей реовазографии изменялись и характеристики доплерограмм регионарных и пенильных артерий – в сторону снижения уровня кровотока в сосудах среднего калибра.

Так, в подчревных артериях линейная скорость составляла в среднем 18,1±1,9 см/с, объемный кровоток - 1,23±0,05 л/мин (достоверность отличия $p<0,05$), при контрольных цифрах 23,2±1,8 см/с и 1,68±0,08 л/мин соответственно. Подтверждением вазо-спастического характера нарушений служило отсутствие латерализации изменений в парных сосудах, а также диссоциация уровня кровотока в регионарных и периферических артериях.

Представленная характеристика половой деятельности обеспечила раскрытие типологии сексуальных нарушений при дорсопатиях. При этом в пользу связи этих двух феноменов свидетельствовали:

- формирование или усиление выраженности половых расстройств на фоне астенизации больных в случае затяжного течения вертеброгенного процесса;
- частота «эректильной» дисфункции, обусловленной выраженностью вертеброгенно обусловленных вазо-спастических реакций.

Два этих момента и обуславливают своеобразие клиники половых нарушений при дорсопатиях, складывающейся из нескольких характерных вариантов. Так, в 24% наблюдений установлена классическая форма вовлечения сексуальной сферы в картину основного заболевания (Г.С.Васильченко с соавт., 1990). В пользу данной, в целом психогенной формы дисфункции свидетельствовала развернутая астеническая симптоматика при незначительном снижении кровенаполнения малого таза.

Иная патологическая форма – «эректильная», отмечена в 21% наблюдений; здесь выраженность рефлекторных сосудистых нарушений перекрывала значимость психогенных влияний. Анализ реограмм этих больных свидетельствовал об отчетливом снижении ($p<0,01$) усредненного РИ малого

таза - до $0,02+0,005$ Ом, на фоне гипертонуса ($p<0,01$) артерий среднего и мелкого калибра.

В основной же массе (56% наблюдений) прослеживалось взаимовлияние нервно-психических и сосудистых звеньев половой дисфункции. Формальным подтверждением этого являлись сочетание астено-невротизации и сдвигов ($p<0,05$) показателей пульсового кровенаполнения малого таза.

Балльная оценка уровня половой деятельности этих лиц, со снижением анализируемых параметров примерно в 1,5 раза по отношению к «норме» в 3 балла, в целом соответствовала суммарным показателям всей группы обследуемых (таблица 1).

Таблица 1
Усредненные параметры половой деятельности в обследуемой группе

Параметры	Уровень (в баллах)
Половая предприимчивость	1,75
Настроение перед сношением	1,5
Напряжение полового члена	1,5
Длительность сношения	1,8
Настроение после сношения	1,7
Оценка успешности акта	1,65

Представленные сексопатологические характеристики обследованных больных обеспечили достижение основной цели - оптимизации технологий восстановительного лечения. Исходя из этого, в 1-ой лечебной группе Тестис композитум вводили внутримышечно, тогда как во 2-ой – в точки рефлексотерапии. В 3-ей группе фармакопунктуру проводили физиологическим раствором.

По завершению лечебного курса во 2-ой и 3-ей группах (фармакопунктура) отмечены положительные, в целом сопоставимые результаты, превосходящие показатели 1-ой группы. Так, в ходе ФП, независимо от применяемого средства, установлено возрастание показателей половой деятельности в среднем в 1,3-1,4 раза, тогда как на внутримышечное

введение препарата - не более чем в 1,2 раза, преимущественно у лиц без отчетливых регионарных вазо-спастических реакций.

При этом в случае обеих методик фармакопунктуры «улучшение» и «незначительное улучшение» состояния установлено в 68,3% наблюдений - против 46,6% 1-ой группы. Наблюдаемые случаи ухудшения во 2-ой и 3-ей группах сложно связать с применяемыми методиками (таблица 2).

Таблица 2.

Результативность сексологического лечения
в сравниваемых группах больных

Группы больных	Состояние							
	Улучшение		Незначительное Улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-я (n = 30)	6	20	8	26,6	16	53,4	-	-
2-я (n = 30)	10	33,3	10	33,3	9	30	1	3,4
3-я (n = 30)	8	26,6	11	36,7	10	33,3	1	3,4

Примечание: в скобках - количество наблюдений.

Клинические данные были верифицированы результатами дополнительного обследования, изменения которых в сравниваемых группах носило мозаичный характер.

Так, несмотря на уже отмеченную клиническую эффективность фармакопунктуры (2-ая и 3-ья группы), отчетливое улучшение гормонального профиля прослеживалось именно в результате инъекций гомеопатического препарата - как внутримышечно, так и в точки рефлексотерапии. Это подтверждается увеличением ($p < 0,05$) концентрации «периферических» половых гормонов (к примеру, тестостерона в 1-ой группе с $3,65 \pm 0,43$ до $4,38 \pm 0,55$ мг/мл) и тенденцией к нормализации соотношения этих и тропных гормонов гипофиза.

С другой стороны, сходные, положительные изменения психического статуса во всех лечебных группах были связаны, в первую очередь, с достигаемым улучшением сексуальной деятельности (в целом - 59% наблюдений). Завершающий анализ усредненного профиля МИЛ этих больных отразил достоверное ($p < 0,05$) падение исходного пика по 1-ой шкале - до 65 Т-баллов, и умеренное - по 7-ой; теста САН - повышение всех показателей, преимущественно - «настроения» (в среднем - 45 единиц).

Нарастание уровня кровенаполнения малого таза было характерным для групп с использованием фармакопунктуры (независимо от применяемого средства) и, в меньшей степени, в случае внутримышечного введения Тестис композитум. Так, во 2-ой и 3-ей группах РИ малого таза увеличивался в среднем с 0.021 до 0.029-03 Ом, в 1-ой - до 0.025 Ом. Кроме того, положительная редукция ($p < 0,05$) дикротического индекса отмечалась только во 2-ой группе больных.

Этот факт свидетельствует в пользу того, что при «эректильной» дисфункции ведущая роль принадлежит рефлекторному компоненту лечения - непосредственной стимуляции акупунктурных вазотропных точек (Е.Л.Мачерет с соавт, 1989, Л.Г.Агасаров, 1992, 1998).

Таким образом, клинико-инструментальное обследование, проведенное непосредственно после лечения, отразило приоритет методики фармакопунктуры (как гомеопатическим средством, так и физиологическим раствором) над внутримышечным введением препарата.

С другой стороны, представления о кумулятивном эффекте гомеопатической терапии (Л.В.Белолова, М.В.Глушков, 2003), а также благоприятные гормональные сдвиги на фоне внутримышечных инъекций препарата Тестис композитум, обусловили целесообразность проведения катамнестической оценки состояния больных.

Анализ, выполненный по истечению полугодия, отразил изменения в соотношении результатов, достигнутых непосредственно по завершению терапии. При этом повторное обследование прошли 74 из 90 исходно

наблюдавшихся больных, что вносило определенные сложности в сопоставление оцениваемых показателей.

Установлено, что в случае использования Тестис композитум терапевтический эффект носил стабильный характер, даже с некоторым дальнейшим его ростом во 2-ой группе (внутримышечные инъекции). Так, в 1-ой группе результативность выросла с 46,6 до 52,3%, во 2-ой – сохранилась на практически исходном уровне (64 против 66,6%).

В 3-ей группе (ФП физиологическим раствором) положительные лечебные результаты, напротив, оказались менее стойкими, снизившись с 63,3 до 40% (таблица 3).

Таблица 3.

Катамнестическая оценка терапевтических результатов в сравниваемых группах больных

Группы	Суммарные показатели «улучшения» и «незначительного улучшения»					
	По завершению лечения			Через 6 месяцев после лечения		
	п	Абс.	%	N	Абс.	%
1-ая	30	14	46,6	21	11	52,3
2-ая	30	20	66,6	25	16	64
3-ья	30	19	63,3	20	8	40

Примечание: п - общее количество наблюдений в группах на 1-ом и 2-ом этапах исследования

Клинические характеристики были подтверждены результатами психологического тестирования и реовазографии малого таза. Так, у обследованных лиц, получавших гомеопатическое лечение, сохранялось благоприятное расположение шкал психологического профиля, тогда как в 3-ей, группе сравнения, нарастала выраженность психопатологической симптоматики.

Сходные изменения в полугодичном интервале претерпевали и показатели кровенаполнения малого таза. Если в группах с применением Тестис композитум достигнутый эффект был относительно устойчив (РИ составлял

0,029 Ом при «норме 0,04±0,02 Ом), то в 3-ей группе наблюдалось снижение анализируемых параметров - до 0,026 Ом.

Таким образом, проведенное исследование позволило в целом ответить на исходно поставленные задачи. Во-первых, в результате исследования подтверждена собственная активность гомеопатического препарата Тестис композитум, с кумулятивным эффектом воздействия. Во-вторых, установлено, что эффект от применения данного средства усиливается (потенцируется) в случае введения его в точки рефлексотерапии – в первую очередь, за счет дополнительного развертывания рефлекторного механизма. Кроме того, данный факт косвенно свидетельствует в пользу тонких механизмов взаимодействия гомеопатического и рефлекторного подходов.

Сами же полученные результаты вносят определенный вклад в оптимизацию технологий восстановительной терапии мужчин с половыми дисфункциями.

Выводы.

1. Результативность восстановительного лечения мужчин с половыми нарушениями на фоне дорсопатий во многом ограничена сложностью их генеза, с взаимовлиянием гуморальных, нервно-психических и рефлекторно-сосудистых механизмов. Этот факт определяет целесообразность применения на практике современных методик терапевтического воздействия, в том числе - фармакопунктуры.

2. Непосредственно по завершению лечения больных с сексуальными дисфункциями отмечено терапевтическое преимущество фармакопунктуры (гомеопатическим препаратом или физиологическим раствором) над внутримышечным введением изучаемого средства. Данный тезис подтверждается результативностью методик (65% в случае обоих вариантов фармакопунктуры и 46,6% - парентеральных инъекций препарата, $p < 0,05$), положительной динамикой в ходе ФП показателей половой деятельности,

эмоционального и сосудистого фона. В последнем случае отмечается достоверное ($p < 0,05$) нарастание РИ малого таза

С другой стороны, улучшение показателей ($p < 0,05$) гормонального профиля именно в ходе применения гомеопатического препарата – как внутримышечно, так и в виде фармакопунктуры, является прогностически благоприятным феноменом.

3. Недостаточная результативность внутримышечного введения Тестис композитум непосредственно по завершению лечения может быть обусловлена характерным для данного подхода отставленным эффектом, а также выраженностью регионарных вазо-спастических реакций, подающихся, в первую очередь, физическому (рефлекторному) воздействию.

4. Катамнестически, по истечению полугода, отмечена стабильность достигнутых результатов в случае обеих схем использования Тестис композитум, даже с известным улучшением (с 46,6 до 53,8%, $p > 0,05$) в группе внутримышечных инъекций, отражая, тем самым, наличие кумулятивного эффекта. В 3-ей группе (ФП физиологическим раствором) положительные лечебные результаты оказались менее стойкими, снизившись с 63,3 до 39%.

Эти разнонаправленные сдвиги коррелировали с данными клинического и дополнительного обследования, в том числе – нерезким ($p > 0,05$) нарастанием уровня кровенаполнения малого таза в случае внутримышечных инъекций гомеопатического препарата.

5. Выраженный и стойкий лечебный эффект в ответ на фармакопунктуру Тестис композитум, превосходящий показатели сравниваемых групп, опосредованно подтверждает взаимодействие гомеопатической и рефлекторной техник, свидетельствуя о целесообразности применения данного метода в практике восстановительной медицины.

Практические рекомендации.

1. В случае внутримышечного введения гомеопатического препарата Тестис композитум (10 инъекций по 2,2 мл раствора) больным с половыми

дисфункциями следует учитывать факт отставленного эффекта. В этой ситуации улучшение состояния наблюдается в среднем через 3-4 недели от завершения лечебного цикла.

2. Прогностически благоприятным признаком, который целесообразно выделять при проведении этого вида терапии, является увеличение концентрации в крови «периферических» половых гормонов, с тенденцией к нормализации соотношения этих и тропных гормонов гипофиза.

3 Наличие, помимо других патологических проявлений, вазо-спастических реакций в регионе малого таза снижает эффективность внутримышечного введения гомеопатического средства. Данная ситуация является показанием к применению фармакопунктуры - введению препарата в точки рефлексотерапии

4 При фармакопунктуре больных с половыми дисфункциями гомеопатический препарат Тестис композитум вводят в точки, локализованные в зонах метамерной представленности гениталий: в надлобковой области - J2-5 R11-14 RP12-14; в пояснично-крестцовой зоне - T2-4 V22-26 V31-34; на внутренней поверхности голени и стоп - RP4-9 R3-6 F2-9.

В ходе процедуры препарат инъецируют в 4-6 сегментарных и отдаленных точек (0,3 мл на зону), всего – 2,2 мл на процедуру. Курс лечения состоит из 10 процедур, проводимых 3 раза в неделю.

Список работ, опубликованных по теме диссертации.

1. Агасаров Л.Г., Мхитарян Г.А. Механизмы и эффективность фармакопунктуры в лечении мужчин с половыми расстройствами / Перспективы традиционной медицины. – 2005, № 1. – С. 3-7.
2. Мхитарян Г.А., Агасаров Л.Г. Применение фармакопунктуры в сексологической клинике // Болезни цивилизации в аспекте учения В.И.Вернадского: матер. междунар. конфер. – М., 2005. – С.256-258
3. Мхитарян Г.А. Применение препарата Тестис композитум при сексуальных дисфункциях у мужчин // Актуальные вопросы рефлексотерапии: матер. конфер. – Череповец, 2005. – С.34-35.
4. Агасаров Л.Г., Мхитарян Г.А., Болдин А.В. Фармакопунктура как современное направление рефлексотерапии // Вопросы мануальной и акупунктурной терапии: матер. конфер. – Казань, 2006. – С.1-2.

Из фондов Российской национальной библиотеки

2006A
9536

№ - 95 36

Из фондов Российской национальной библиотеки

Заказ №821. Объем 1 п.л. Тираж 100 экз.

Отпечатано в ООО «Петрораш»

г. Москва, ул. Палыха-2а, тел. 250-92-06

www.postator.ru