

3. Минабутдинов Ш. Р. Клинический и психофизиологический анализ при церебральном ожирении. Дисс. канд. мед. наук. М. 1996.
4. Ожирение: современные подходы к терапии (материалы научно-практического семинара) Новосибирск, 2000.
5. Birketvedt G., Dinges D., Bilker W., Stunkard A. A new eating disorder: the night eating syndrome, behavioral aspects. Eighth Int Cong Obesity, Aug 98, p. 129
6. Eating and weight disorders / Ed. R. Goodstain NY, 1983.
7. Edwards K. I. Obesity, anorexia and bulimia. Clinical Nutrition 1993 July; 77 (4): 900
8. Fernstrom J. D., Wurtman R. J. Brain serotonin content: Physiological regulation by plasma neutral aminoacids. /Science 1972 v.178 p. 414 – 416
9. Schenck CH; Mahowald MW Review of nocturnal sleep-related eating disorders. Int-J-Eat-Disord. 1994 May; 15(4): 343-56
10. Stunkard A; Berkowitz R; Wadden T; Tanrikut C; Reiss E; Young L Binge eating disorder and the night-eating syndrome. Int-J-Obes-Relat-Metab-Disord. 1996 Jan; 20(1): 1-6

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ИМПОТЕНЦИИ О.В. Трунова

Московский областной научно-исследовательский клинический институт

Расстройства половой функции у мужчин представляет большой раздел медицинской науки и практики, в разработке которого заинтересованы представители разных специальностей - невропатологии, психиатрии, эндокринологии, иммунологии, урологии. Половое бессилие нельзя считать самостоятельной болезненной формой, так как оно является симптомокомплексом, наблюдающемся при различных психических, нервных, соматических, урологических и других заболеваниях. В подавляющем большинстве случаев больные с сексуальными расстройствами находятся в возрасте наиболее активной половой деятельности. По данным различных авторов процент больных с половыми расстройствами колеблется от 40 до 88.

Компонентами нормального полового акта является: половое влечение, эрекция, эякуляция и оргазм. Эти компоненты, взаимно связанные между собой при нормальной половой функции, могут отдельно подвергаться нарушению в патологии половой жизни. Следовательно, нарушение копулятивной функции представляет собой собирательное понятие для различных патологических процессов, ведущих к нарушению нормального полового акта.

С учетом этиологии заболевания в настоящее время выделяют следующие формы нарушения копулятивной функции у мужчин: нейрогенную, эндокринную, сосудистую и импотенцию вследствие механических препятствий.

Предметом особого разговора является нейрогенная импотенция, которая подразделяется на кортикальную, спинальную и нейрорецепторную. Кортикальная импотенция связана с приобретенными органическими и функциональными заболеваниями головного мозга, которые могут быть вызваны соматическими (инфекционно-токсические заболевания, расстройства обмена веществ, интоксикации никотином, алкоголем и др.) и психогенными (тяжелые переживания, умственные перенапряжения, психологическая несовместимость с партнером и др.) факторами, а также наблюдаться при общей неврастении, навязчивых состояниях. Определенную роль в развитии кортикальной импотенции могут играть половые излишества, длительное половое воздержание и другие причины, приводящие кортикальные сексуальные центры в состояние длительного патологического возбуждения. Спинальная форма нарушения копулятивной функции связана с травматическими и органическими заболеваниями позвоночника и спинного мозга с вовлечением в патологический процесс центров эрекции и эякуляции (миелит, спинная сухотка, множественный склероз и др.). Сведения о сексуальных расстройствах при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника до недавнего времени были крайне расплывчаты, бесспорным являлся только вариант туннельного поражения полового нерва при поясничных вертеброгенных синдромах. Современные методики исследования (ультразвуковая доплерография, реовазография) подтвердили сосудистый механизм нарушений эрекции при остеохондрозе, кроме этого наличие постоянного болевого синдрома также приводит к астенизации, снижению либидо, ухудшению эрекции, укорочению полового акта.

Нейрорецепторная форма импотенции связана с воспалительными заболеваниями предстательной железы и семенного бугорка, а также с атонией простаты. Нервные окончания перечисленных органов тесно связаны со спинальными центрами эрекции и эякуляции, регулирующими половую функцию, поэтому нарушение половой функции зависит от состояния рецепторного аппарата и связанных с ним спинальных половых центров.

Только полное и квалифицированное обследование больного позволяет объективно установить характер и степень выраженности сексуальных расстройств у мужчин и определить тактику лечения. Медицинская реабилитация больных с половыми расстройствами должна проводиться по принципу индивидуальной комплексности.

В любых случаях лечение больных начинают с установления рационального режима жизни и питания, необходимо устранить психоэмоциональное перенапряжение, вредные производственно-профессиональные факторы, обязательным является проведение утренней гигиенической гимнастики, водных процедур, исключается прием алкогольных напитков и курение. Аутогенная тренировка показана при половых расстройствах у больных с невротами и невротоподобными состояниями. Задачами физиотерапии при кортикальной форме

импотенции является углубление процессов охранительного торможения, успокаивающее действие. стимуляция защитных сил организма. Для устранения патологических доминантных соотношений в центральной нервной системе необходимо создать новый, более сильный очаг возбуждения, поэтому целесообразно воздействовать физическими факторами на обширные кожные зоны. При лечении кортикальной импотенции назначают гальванизацию по Щербаку и лекарственный электрофорез брома на воротниковую зону и зону пояса. Возможно воздействие на данные зоны и другими физическими факторами: это УВЧ, э.м. ДМВ и СМВ, ультрафиолетовое облучение, озокеритовые, грязевые, нафталановые аппликации. На протяжении года проводят 2-3 курса лечения с интервалом в 3-4 месяца. Из водных процедур наиболее эффективны разливные виды ванн: ароматические (хвойные, с настоем трав и цветов), минеральные (хлоридно-натриевые), газовые (углекислые, сульфидные, кислородные, жемчужные), лекарственные (йодо-бромные). Показаны также различные виды душей с постепенным снижением температуры воды до 22-29°. При непереносимости электролечения и водных процедур, назначают массаж воротниковой зоны и спины. Мужчинам с кортикальной формой импотенции показано санаторно-курортное лечение на климатических курортах в нежаркое время года. Обязательными элементами комплексного лечения являются лечебная физкультура, спортивные игры, лечебный туризм, пешеходные прогулки.

При спинальной форме импотенции эффективными методами лечения являются воздействия физическими факторами на кожные рецепторы соответствующих рефлекторных спинальных центров эрекции и эякуляции (пояснично-крестцовая область). Наибольший эффект оказывает назначение синусоидальных модулированных токов (СМТ). Проведение этого лечения способствует восстановлению нарушенной копулятивной функции. Назначение интерференционных токов улучшает периферическое кровообращение, повышает биоэлектрическую активность, функциональную лабильность и электровозбудимость нервно-мышечного аппарата. При спинальной форме импотенции показано также назначение гальванизации зоны тазов по Щербаку и воздействие ультразвуком на пояснично-крестцовую область.

При нейрорецепторной форме импотенции наиболее физиологической методикой является СМТ-электростимуляция предстательной железы, проводимая через прямую кишку. СМТ вызывает возбуждение рецепторного аппарата железы, улучшает кровообращение и оказывает противовоспалительный эффект, тем самым способствует выраженной стимуляции спинальных центров эрекции и эякуляции и восстановлению половой функции. Из бальнеотерапевтических процедур при нейрорецепторной форме импотенции назначают промежностный (восходящий) душ при индифферентной температуре.

В итоге можно сделать вывод о том, что профессионально проведенная диагностика вида импотенции и назначение своевременного и комплексного метода лечения способствует нормализации нарушенной копулятивной функции у мужчин с различными формами импотенции.

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

М.В. Супова, С.Н. Смирнова

Московский областной научно-исследовательский клинический институт

Современные данные статистики говорят о том, что выраженная тугоухость, затрудняющая общение между людьми, в 80% случаях обусловлена нейросенсорной тугоухостью. "Нейросенсорная тугоухость" - это обобщающее понятие, которое заменило существующие ранее понятия "неврит слухового нерва", "кохлеарный неврит".

Нейросенсорная тугоухость может быть вызвана перенесенными инфекционными заболеваниями, травмами, интоксикацией, связанной с применением ототоксических лекарственных препаратов (стрептомицин, гентамицин, изониазид и др.), длительным воздействием шума у людей, таких профессий, как артиллеристы, машинисты, летчики и др. Очень часто нейросенсорная тугоухость связана с возрастными изменениями, некоторыми другими сопутствующими заболеваниями (болезнь Меньера, отосклероз, остеохондроз позвоночника и др.)

Как правило, тугоухость развивается постепенно и редко выявляется на ранних стадиях. Несмотря на большое разнообразие причин, вызывающих снижение слуха, их в значительной степени объединяет одно - нарушение кровоснабжения слуховых рецепторов и, как следствие, нарушение звуковоспринимающей функции.

Лечение нейросенсорной тугоухости представляется весьма сложным. Поэтому лечение должно быть комплексным, последовательным, начинать его следует в максимально ранние сроки после начала заболевания.

В арсенале врачей имеются десятки лекарственных средств различного действия, однако их эффективность, как правило, снижена из-за нарушенного кровоснабжения в пораженной области. Именно поэтому актуальным оказывается применение физических методов в лечении данной патологии.

В острой стадии развития нейросенсорной тугоухости, с целью улучшения мозгового кровообращения, применяют эндоуральный электрофорез галантина, кроме того, электрофорез на воротниковую область калия, дибазола, никотиновой кислоты, эуфиллина, магния и др.; ингаляции мелкодисперсных аэрозолей 1% димедрола, 5% аскорбиновой кислоты, лизоцима, диоксирибонуклеазы, и др. через нос. При хронической форме заболевания главным образом с целью уменьшения ушных шумов назначают электрофорез но-шпы, массаж