

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ

ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я

ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»
MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE UKRAINIAN JOURNAL

№2 (07) 2018



Джон Уильям Уотерхаус. Аполлон и Дафна (1908)

WWW.UJMH.ORG

ISSN 2413-8843



УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ “ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я, ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА”

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ

“МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА”

“MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE” UKRAINIAN JOURNAL

№ 2 (07) 2018

ISSN 2413-8843

Видання зареєстровано Державною

реєстраційною службою України 29.08.2014 р.

Св-во про реєстрацію: серія KB № 20924-10724ПР

Включено до переліку наукових фахових видань України,
Додаток 7 до наказу Міністерства освіти і науки України
28.12.2017 № 1714.

Вид видання: журнал

Статус видання: вітчизняне

Мови видання: українська, російська, англійська
(змішаними мовами)

Вид видання за цільовим призначенням: медичне,
науково-практичне

Співзасновники та видавці:

Харківська медична академія післядипломної освіти (ХМАПО);

Всеукраїнська громадська організація «Українське
міждисциплінарне Товариство Чоловічого Здоров'я та Гендеру»;

Всеукраїнська громадська організація «Національна ліга
психотерапії, психосоматики та медичної психології України»

Обсяг, періодичність: до 20 ум. друк. арк., 2 рази на рік

Тираж: 1000 прим.

Рекомендовано до друку вченою радою ХМАПО (протокол засідання № 9 від 16.11.2018 р.)

Підписано до друку 19.11.2018 р.

Передрукування дозволяється лише за згодою редакції.

Відповідальність за добір і викладення фактів несуть автори.

Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій.

За зміст та достовірність реклами несе відповідальність рекламодавець.

Адреса редакції: бул. Дружби народів, 3-А, Київ, 01033, Україна;

тел.: +380 (44) 493-46-11; сайт: www.ujmh.org; e-mail: zassedat@gmail.com

Зверстано і надруковано в ТОВ “Видавництво “Юстон”

01034, м. Київ, вул. О. Гончара, 36-а т: (044) 360-22-66, www.yuston.com.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців,
виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції серія дк № 497 від 09.09.2015 р.

Папір крейдований, друк офсетний, формат 64x80 1/16, 8,6 ум.друк.арк.

Головний редактор: **Михайлов Борис Володимирович** д.мед.н., проф.,
Заслужений діяч науки і техніки України (ХМАПО)
Заступник головного редактора: **Заседа Юрій Ігорович** д.мед.н.
Відповідальний секретар: **Савченко Вікторія Станіславівна** к.біол.н.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Болотна Л.А. д.мед.н., проф. (ХМАПО)
Бондаренко В.О. д.мед.н.
Борис О. М., д.мед.н., проф.
Воронков Л.Г. д.мед.н.
Дарій В.І. д.мед.н., проф.
Зозуля І.С. д.мед.н., проф.
Котенко О.Г. д.мед.н.
Коваленко В.М. д.мед.н., проф.
Кришталь Є.В. д.мед.н., проф. (ХМАПО)
Лінський І.В. д.мед.н., проф.
Лучицький Е.В. д.мед.н., проф.
Лісовий В.М. д.мед.н., проф.
Маркова М.В. д.мед.н., проф. (ХМАПО)
Марута Н.О. д.мед.н., проф.
Мішиєв В.Д. д.мед.н., проф.

Мищенко Т.С. д.мед.н., проф.
Напреєнко О.К. д.мед.н., проф.
Нікольський І.С. д.мед.н., проф.
Підкоритов В.С. д.мед.н., проф.
Ревенок О.А. д.мед.н., проф.
Стаховський Е.О. д.мед.н., проф.
Сосін І.К. д.мед.н., проф.
Табачников С.І. д.мед.н., проф.
Федоренко О.Є. д.мед.н.
Хвисюк О.М. д.мед.н., проф. (ХМАПО)
Чабан О.С. д.мед.н., проф.
Шевченко Н.Ф. д.психол.н., проф.
Igor Rascu, PhD, University Professor (Moldova)
Dabkowski M., MD, PhD (Poland)
Semihodskiy A., PhD (UK)

Голова редакційної ради: **Чугунов Вадим Віталійович** д.мед.н., проф.
РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Аймедов К.В. д.мед.н., проф. (Україна)
Білобривко Р.І. д.мед.н., проф. (Україна)
Більченко О.В. д.мед.н., проф. (Україна)
Бітенський В.С. д.мед.н., проф.,
чл.-корр. НАМН України (Україна)
Волошин П.В. д.мед.н., проф. (Україна)
Кожина Г.М. д.мед.н., проф. (Україна)
Курило В.О. д.мед.н., доц. (Україна)
Марченко В.Г. д.мед.н., проф. (Україна)
Москаленко В.Ф. д.мед.н.,
проф. акад. НАМН України, (Україна)
Поліщук М.Є. д.мед.н.,
проф. чл.-корр. НАМН України (Україна)
Пшук Н.Г. д.мед.н., проф. (Україна)

Самохвалов В.П. д.мед.н., проф. (Чехія)
Скрипніков А.Н. д.мед.н., проф. (Україна)
Тронько Н.Д. д.мед.н., проф., акад. НАМН
України, чл.-корр. НАН України (Україна)
Федак Б.С. д.мед.н., проф. (Україна)
Федотов В.П. д.мед.н., проф. (Україна)
Фещенко Ю.І. д.мед.н., проф.,
акад. НАМН України (Україна)
Хвисюк М.І. д.мед.н., проф. (Україна)
Шестопалова Л.Ф. д.психол.н, проф. (Україна)
M. Bullinger PhD, Prof. (Germany)
G.J. Moller MD, Prof. (Germany)
N. Sartorius MD, Prof. (Switzerland)
D. Wasserman MD, Prof. (Netherlands)

“MEN’S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE”

UKRAINIAN JOURNAL

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ

“МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА”

№ 2 (07) 2018

ISSN 2414-4339
(on-line)

The publication is registered by the State Registration Service of Ukraine on August 29, 2014. About registration: series KB №20924-10724PR

Included in the list of scientific professional editions of Ukraine, Annex 7 to the order of the Ministry of Education and Science of Ukraine dated December 28, 2017, No. 1714.

Type of publication: journal

Status of the publication: domestic

Languages of edition: Ukrainian, Russian, English (in different languages)

Type of publication for the intended purpose: medical, scientific and practical

Founders and publishers:

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (KMAPE);

All-Ukrainian public organization «Ukrainian Interdisciplinary Society for Men’s Health and Gender»;

All-Ukrainian NGO «National League psychotherapy, psychosomatics and medical psychology of Ukraine»

Volume, periodicity: up to 20 cond. print. sheets, 2 times per year

Circulation: 1000 copies.

Recommended for publication by the Academic Council of KMAPE (Minutes of the meeting № 9 dated 16.11.2018)

Signed for printing on 19/11/2018

Reprinting is allowed only with the consent of the editorial office.

The authors are responsible for the selection and presentation of the facts.

The editors do not always share the position of the authors of the publications.

The content and authenticity of the advertisement is the responsibility of the advertiser.

Address of the editor: Blvd. Druzhby Narodiv, 3-A, Kyiv, 01033, Ukraine;

tel. : +380 (44) 493-46-11; Website: www.ujmh.net; www.ujmh.org; e-mail: zasseda@gmail.com

Leaded out and printed in LLC «Publishing House» Yuston».

01034, Kyiv, str. O. Honchara, 36-a tel.: (044) 360-22-66, www.yuston.com.ua

A certificate of making a publishing business subject to the state register of publishers, manufacturers and distributors of publishing products series dk № 497 from 09.09.2015

Paper coated, offset printing, format 64x80 1/16,8,6 cond.print.sheets.

© Ukrainian journal «Men’s health, gender and psychosomatic medicine», 2019

© Composition and Design LLC «Publishing House» Yuston», 2019

Mykhailov Borys, Editor in Chief
Zasieda Yuriy, deputy editor
Savchenko Viktoriia, Responsible secretary

EDITORIAL BOARD:

Bolotna L.
Bondarenko V.
Borys O.
Voronkov L.
Darii V.
Zozulya I.
Kotenko O.
Kovalenko V.
Kryshtal E.
Lynskyi I.
Luchytskyi E.
Lisovyi V.
Markova M.
Maruta N.
Mishyiev V.

Mishchenko T.
Naprieienko O.
Nikolskyi I.
Pidkorytov V.
Revenok O.
Stakhovskiy E.
Sosin I.
Tabachnykov S.
Fedorenko O.
Khvysiuk O.
Chaban O.
Shevchenko N.
Igor Racu (Moldova)
Dabkowski M. (Poland)
Semihodskiy A. (UK)

Chairman of the Editorial Board: **Chugunov Vadim**

EDITORIAL COUNCIL:

Aimedov K.
Bilobryvko R.
Bilchenko O.
Bitsenskyi V.
Voloshyn P.
Kozhyna G.
Kurylo V.
Marchenko V.
Moskalenko V.
Polishchuk M.
Pshuk N.

Samokhvalov V.
Tronko N.
Fedak B.
Fedotov V.
Khvysiuk M.
Shestopalova L.
M. Bullinger, (Germany)
G.J. Moller, (Germany)
N. Sartorius, (Switzerland)
D. Wasserman, (Netherland)

Technical support: Dermenzhy N. Computer layout and design: Kovalenko I.

СТАТТІ

Б.В. Михайлов, В.Б. Михайлов

ВТОРИННА ДЕПРЕСІЯ У ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННИ ТА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ. 7

Ю. И. Заседа, Р. И. Соломенный, Ф. Б. Шихалиев

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАНИЯ ТЕРАПИИ АУТОПЛАЗМОЙ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА И НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОПЛАСТИЧЕСКОЙ ИНДУРАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА. 12

Мальцев Д.В.

НОВІ ВІДКРИТТЯ У МЕХАНІЗМАХ ІНТЕРФЕРОН-ЗАЛЕЖНОГО КОНТРОЛЮ НАД ЛАТЕНТНИМИ АЛЬФА-ГЕРПЕСВІРУСАМИ У СЕНСОРНИХ ГАНГЛІЯХ 19

Ю. И. Заседа, Р. И. Соломенный, Ф. Б. Шихалиев

ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИЕЙ АУТОПЛАЗМОЙ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА И НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИЕЙ. 33

Михайлов Б.В., Хаитов Р.П.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АКУБАРОТРАВМЫ ЦНС 39

Ю. И. Заседа, Р. И. Соломенный, Ф. Б. Шихалиев

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ «ЦЕФПОТЕК» И «КЛАБЕЛ» В ЛЕЧЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА 44

Романова И. В.

ПСИХОТЕРАПИЯ СУПРУГОВ ПОСЛЕ СЛУЧАЕВ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ 51

АВТОРАМ ЖУРНАЛЬНИХ ПУБЛІКАЦІЙ. 58

CONTENTS

ARTICLES

B.V. Mykhaylov, V.B. Mykhaylov

SOMATOGENIC DEPRESSION ON CARDIOVASCULAR AND CEREBROVASCULAR DISEASES PATIENTS 7

Yu. I. Zaseda, R. I. Solomianyi, F. B. Shykhaliiev

EXPERIENCE OF COMBINING PLATELET-RICH AUTOPLASM THERAPY AND LOW-INTENSITY SHOCK-WAVE THERAPY IN TREATMENT OF PEYRONIE'S DISEASE. 12

Maltsev D.V.

NEW DISCOVERIES IN THE MECHANISMS OF INTERFERON-DEPENDENT CONTROL OF LATENT ALPHA-HERPESVIRUS IN SENSORY GANGLIA AND THE EXPERIENCE OF USING AN INDUCER OF INTERFERON OVERIN FOR THE RESTORATION OF SUCH CONTROL..... 19

Yu. I. Zaseda, R. I. Solomianyi, F. B. Shykhaliiev

EXPERIENCE OF PREMATURE EJACULATION CORRECTION BY COMBINED THERAPY OF PLATELET-RICH PLASMA AND LOW-INTENSITY SHOCK-WAVE THERAPY 33

Mykhailov B., Khaitov R.

NEUROPHYSIOLOGICAL CONSEQUENCES OF AKUBAROTRAUMA THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM..... 39

Yu. I. Zaseda, R. I. Solomianyi, F. B. Shykhaliiev

THE ANALYSIS OF EFFICACY OF "CEFPOTEC" AND "CLABEL" PREPARATIONS IN TREATMENT OF SPECIFIC AND NONSPECIFIC PROSTATITIS 44

Romanova I.V.

PSYCHOTHERAPY OF HUSBANDS AFTER CASES OF DOMESTIC VIOLENCE. 51

AUTHORS OF JOURNAL PUBLICATIONS..... 58

B.V. Mykhaylov, V.B. Mykhaylov

SOMATOGENIC DEPRESSION ON CARDIOVASCULAR AND CEREBROVASCULAR DISEASES PATIENTS

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Summary *In research, based on the systematic approach of evaluating results of complex clinical-psychopathological, psychodiagnostical investigation myocardial infarction and cerebral stroke patients the clinical structure features, regularities in the formation, development and course of somatogenic depression and associated disorders on these patients was determined.*

At patients with cardiac infarction in acute period, the pain syndrome is the main one, leads to severe psycho-emotional disorders. Against the background of cognitive function preservation phobic, anxiety and depressive symptoms prevail their intensity depends on the severity of pain. Subsequently, the primary psycho-emotional constituent element disappeared and anxiety-depressive disorders developed along with hypo- and anozognostical type of personal condition perception. At cerebral stroke patients, disorders of level of consciousness were primary with cognitive and asthenic disturbances with subsequent formation of psycho-emotional disorders, anxiety and depressive disorders with hypochondrical elements on the basis of persistent cognitive impairments.

Key words: *Secondary depression, anxiety, psychotherapy, myocardial infarction, cerebral stroke*

The diseases of cardiovascular and cerebrovascular systems are the main medical problem at the end of XX and beginning of XXI centuries. The growth of pace of life, changes in demographics, bad habits, scientific and technological progress, constant exposure to stress determined an increase of cardiovascular and cerebrovascular pathology. The same factors provided a significant increase of mental and behavioral disorders, a special role among which takes violations of depressive spectrum.

Herewith increase of depressive disorders is not due to endogenic forms, but due to psychogenic, reactive, masked, mixed forms, including somatogenic which characterized by primarily somatic manifestations. This trend contemporary continues in the world and in Ukraine as well.

The problem of cardiovascular diseases takes a special place in the range of psychosomatic pathologies [1]. It is connected with their significant incidence, also in productive age, high mortality and disability rates. Every year cardiovascular diseases caused 4300000 deaths in Europe in particular, there are more than 2 million fatal cases in the European Union [2, 3, 4, 5, 6].

In Ukraine, mortality associated with cardiovascular diseases occupies the first place and the hardest complications of cardiovascular diseases are myocardial infarction (MI) and Cerebral stroke (CS). MI and CS are the main causes of mortality, accounting for 55% of all fatalities [2, 5, 7].

The majority of patients (60 – 85%) with MI and CS suffered from depressive spectrum disorder that complicated the course of treatment, the outcomes of the disease, the recovery and rehabilitation processes [4, 5, 8, 9, 10, 11, 12]. Approximately 10-15% of patients with depression prone to suicidal attempts [4, 5, 7, 11].

The main objects of our research.

To study clinical structure, patterns of development, pathophysiological formation mechanisms of somatogenic depression and associated disorders in patients with MI and CS.

To conduct comparative analysis of depressive spectrum disorders and associated disorders in MI and CS patients.

To create multimodal based system of psychotherapeutical correction of depressive spectrum disorders and associated disorders in MI and CS patients.

For conducting the research 120 patients were involved and they were divided into 2 supervision groups (60 patients with MI and 60 patients with CS). Examination of the patients was carried out in four stages: Stage 1 – within 28 days after MI or CS (acute phase), Stage 2 – 3 months after the event (subacute phase), Stage 3 – 6 months after the event (the recovery period), Stage 4 – 1 year after the event (consequences period). Throughout the period of the survey on the background of basic therapy, patients have been conducted by psychotherapeutic correction and psychological support.

Methods of research: Clinical methods, psycho-diagnostic methods (Hamilton scale of depression (HDRS), Beck scale of depression (BDS), Spilberger scale of personal and reactive anxiety, Mini-Mental State Examination (MMSE), quality of life test (Mezzich I., Cohen N., Ruiperez M., Lin I., and Yoon G., 1999), statistical methods [6, 13, 14].

Dynamic of leading depressive spectrum and associated disorders in patients with MI and CS illustrated on pic. 1 and pic. 2 of Supplement № 1.

The obtained results demonstrated that the most frequent syndromes in MI patients in the acute phase were: pain (86,7%), phobic (83,3%), asthenic-anxious (43,3%) syndromes. Development and severity of panic and phobic symptoms depend on pain syndrome severity. Asthenic symptoms in this group of patients were part of the asthenic-anxiety, asthenia, depression (16,7%), asthenic-hypochondriac (10,0%) syndromes. Hysteria syndrome and cognitive deficits were observed in 6,7% of cases. In 13,3% of MI patients anozognostical attitude to the disease manifested as appropriate response impairment, denying hospital admission and treatment, decrease in critical assessments of their own state, complete disregard as to the severity of their condition. Disorders of consciousness in their superficial form, obnubilation, were observed in 6,7% of patients.

During the second stage of our research the MI patients demonstrated a decrease in pain (50,0%), phobic (40,0%) and asthenic-anxiety (33,3%) syndromes. On the contrary, incidence and severity of asthenic-depressive (26,7%), hysterophorm (10,0%) and asthenic-hypochondriac (10,0%) syndromes increased. The number of patients with cognitive impairments (10,0%) and anozognostical attitude to the disease (16,7%) increased as well.

During the third stage of our research the most frequent were asthenic-depressive (33,3%), pain (30,0%) syndromes, anozognostical attitude to the disease (23,3%). Asthenic-anxiety (23,3%) and phobic (13,3%) syndromes were also frequently diagnosed in MI patients but their intensity decreased. The incidence of cognitive impairments (13,3%) increased, especially in depressed patients.

During the fourth stage of our research, the incidence and severity of psychopathological syndromes decreased after psychotherapeutic support. Thus, pain syndrome was observed in 23,3% of cases, asthenic-depressive syndrome in 21,7% of cases, asthenic-anxiety syndrome in 13,3% of cases, phobic syndrome in 10,0% of cases and attitude to the disease in 16,7% of cases. The incidence of cognitive impairment (10,0%), hysteriform (10,0%) and asthenic-hypochondriac (6,7%) syndromes remained on the same level.

Altered consciousness syndrome was the primary one in all cerebral stroke patients in the acute phase. Superficial forms of consciousness disorders, such as somnolence (10,0%), obnubilation (46,7%), torpor (33,3%) were prevalent. 10,0% of patients developed more intensive consciousness disorders (stupor). Subsequently they developed cognitive disorders syndrome (83,3%) and asthenic syndrome (66,7%).

During the recovery period, on the second stage of the study, cognitive impairments intensity (66,7%), pain syndrome (53,3%), asthenic syndrome (40,0%), anozognostical disorders (10,0%) decreased. Psycho-emotional disorders became the main ones. Asthenic syndrome remained the basic one, developing depressive (33,3%), hypochondriac (10,0%), anxious (16,7%), hysterophorm (6,7%) features.

In the third stage of the research, the intensity of psycho-emotional disorders and depressive reactions was increasing in CS patients. Pain syndrome (40%), asthenic-depressive syndrome (40,0%), cognitive impairment syndrome (80,0%) were the main ones. The number of patients with isolated asthenic syndrome decreased to 20,0%. Asthenic syndrome was part of the asthenic-depressive (40,0%), asthenic, anxiety (23,3%) and asthenia-hypochondriac (16,7%) syndromes. Representation of hysterophorm syndrome at this stage of the research was the same. Incidence of anozognostical attitude to the disease decreased to 6,7%. Depression and anxiety correlated with

the intensity of neurological deficit and its impact on quality of life.

In the fourth stage of the research against the background of psychotherapeutic correction, the intensity of psycho-emotional disorders and depressive reactions remained unchanged against cognitive impairments, although quantification of major syndromes decreased. So, asthenic-depressive syndrome was observed in 33,3% of patients, asthenic-anxiety in 23,3% of patients, asthenic-hypochondriac in 13,3% of patients, pho-

bic syndrome in 16,7% of patients, anozognostical disorders in 5,0% of patients. At this stage of the study the incidence of cognitive impairment comprised 73,3%. A decrease in cognitive impairment syndrome representation was associated with the reduction in the incidence and severity of psycho-emotional disorders.

The multimodal based system of psychotherapeutic correction of somatogenic depression depressive and associated disorders in MI and CS patients were developed (table 1).

Table 1

Multimodal psychotherapeutic correction system in MI and CS patients

Stages	AIM	Orientation of psychotherapy	Methods of psychotherapy	The numbers and forms of sessions
Diagnos-tical	Examination of the patients per-sonality	Diagnostic	Personal – orien-tated, rational, CBT	5-7 sessions during 2 weeks
Adap-ta-tional	Setting psychological, emotional contact with the patient; Trust formation to the doctor; Adequate treatment, positive attitude to psy-cho – therapeutic process	Mostly symptomatical, Partially – pathogenical	Rational, Inderect, CBT	2-3 individual and 2-3 group sessions During 2 weeks
Medical	Achievement of positive dynamics of the patients emotional state, learning and transformation per-sonal reactions of the patient, his relations system, scale experience of illness and its social signifi-cance, correction psycho-emo-tional disorders of the patient	Mostly pathogenical, Partially – symptomatical	For MI patients- rational, personal – orientated, CBT Autogenic (AT). For CS patients – hypnosuggestive, cognitive training, AT, CBT	5-6 individual and 8-12 group sessions During 9 weeks
Final	Consolidating process of thera-peutic results, skills of psycho-logical self-regulation, correction of the system of life goals, values, attitude to the disease	Mostly preventive, Partially – pathogenical	AT, rational, personal – ori-entated, self – hypnosugges-tive, cognitive training, CBT	3-5 individual and 6-7 group sessions During 8 weeks
Psycho-preven-tive	Consolidating therapeutical pro-cess	Mostly preventive, Partially – pathogenical	AT, rational, personal – orien-tated, cognitive training, CBT	6-12 individual and 6-12 group sessions During 6 month

For MI patients this system includes personal – oriented, rational, and autogenic-training therapy, for cerebral stroke patients – hypnosug-

gestive, cognitive – behavioral therapy, cognitive and autogenic-training therapy.

Conclusion

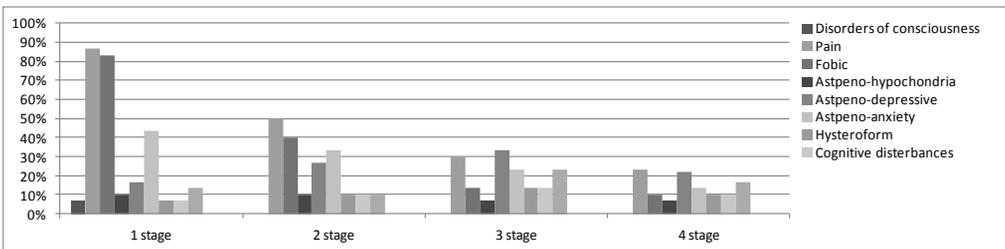
The main conclusion of our research is that among MI patients in acute period the pain syndrome is the main one, leads to severe psycho-emotional disorders. Against the background of cognitive function preservation phobic, anxiety and depressive symptoms prevail their intensity depends on the severity of pain. Subsequently, the primary psycho-emotional constituent element disappeared and anxiety-depressive disorders developed along with hypo- and anosognostical type of

personal condition perception.

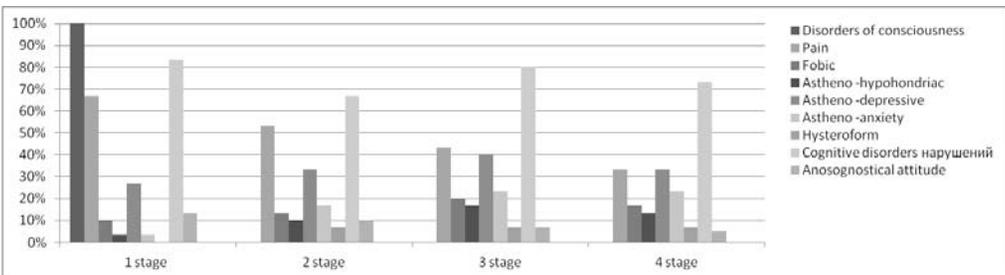
In CS patients, consciousness level disorders are the primary ones with cognitive and asthenic disorders with subsequent formation of psycho-emotional disorders, anxiety and depressive disorders with hypochondriac features against the background of persistent cognitive impairments.

The proposed system demonstrated a significant improvement in 80% of MI patients and 77% of CS patients, a partial improvement in 10% of MI patients and in 13% of CS patients.

Supplement № 1



Pic 1. Dynamic of leading depressive spectrum and associated disorders in patients with MI.



Pic 2. Dynamic of leading depressive spectrum and associated disorders in patients with CS.

REFERENCES.

1. Carney RM, Blumenthal JA, Freedland KE, et al. (2004) Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) study. *Psychosom Med.*, no 66(4), pp.466–474.
2. Dolzenko M.N. (2006) Depressive and anxiety disorders in cardiovascular diseases. *Practical angiology*, vol. 2, no 1, pp. 17–23.
3. Markus H., Pereira A., Cloud G. (2010) *Stroke medicine*. Oxford University Press, 567 p.
4. Lincoln N.B., Flannaghan T. (2003) Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke. A randomized control trial. *Stroke*, no 34, pp. 111–115.
5. McGrady A, McGinnis R, Badenhop D, et al. (2009) Effects of depression and anxiety on adherence to cardiac rehabilitation. *J Cardio-pulm Rehabil Prev*, no 29, pp. 358–364.
6. Mishchenko T.S., Shestopalova L.F. (2009) Clinical scales and psycho-diagnostic tests in the diagnosis of cerebrovascular diseases. *News of medicine and pharmacy*, no 277, pp. 62–74.

7. Mast B. T., Lichtenberg P. (2004) Post-stroke and clinically-defined vascular depression in geriatric rehabilitation patients. *Am J Geriatr Psychiat*, no 12(1), pp. 84–92.
8. Sowden G, Mastromauro CA, Januzzi JL, et al. (2010) Detection of depression in cardiac inpatients: feasibility and results of systematic screening. *Am Heart J*, no 159, pp. 780–787.
9. Davidson KW, Burg MM, Kronish IM, et al. (2010) Association of anhedonia with recurrent major adverse cardiac events and mortality 1 year after acute coronary syndrome. *Arch Gen Psychiatry*, no 67, pp. 480–488.
10. Frenneaux MP. (2004) Autonomic changes in patients with heart failure and in post-myocardial infarction patients. *Heart*, no 90, pp. 1248–1255.
11. Gehi A, Musselman D, Otte C, et al. (2010) Depression and platelet activation in outpatients with stable coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Psychiatry Res*, no 175, pp. 200–204.
12. Ming, L. (2008) Stroke: encouragement and disappointment in clinical trials. *Lancet Neurol*, vol. 7(1), p. 5–7.
13. Belova A.N. (2004) Scales and questionnaires in neurology and neurosurgery, M.
14. Mishchenko T.S., Shestopalova L.F, Treschinskaya M.A. (2008) Clinical scales and psychodiagnostic tests vascular brain diseases diagnostic, Kharkiv: Guidelines.

РЕЗЮМЕ

ВТОРИННА ДЕПРЕСІЯ У ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ТА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Б.В. Михайлов, В.Б. Михайлов

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Харківський національний медичний університет, м. Харків

На основі системного підходу в оцінці результатів комплексних клініко-психопатологічних, психодіагностичних досліджень осіб, що перенесли ІМ та МІ, було визначено особливості клінічної структури, закономірності формування, розвитку та перебігу соматогенної депресії та асоційованих розладів у даних хворих.

У хворих з ІМ в гострому періоді провідним є больовий синдром, що призводить до виражених психоемоційних розладів. На тлі збереження когнітивних функцій превалює фобічна, тривожно-депресивна симптоматика, вираженість якої безпосередньо залежить від вираженості больового синдрому. У подальшому первинний психоемоційний вітально зумовлений компонент зникає, формуються тривожно-депресивні порушення, гіпо- і анозогностичний типи сприйняття свого стану. У пацієнтів з МІ первинним є порушення

рівня свідомості з когнітивними і астеничними порушеннями з подальшим формуванням психоемоційних розладів, тривожно-депресивних порушень з елементами іпохондризації на тлі збереження когнітивних розладів.

Ключові слова: вторинна депресія, тривога, психотерапія, інфаркт міокарда, мозковий інсульт.

РЕЗЮМЕ

ВТОРИЧНАЯ ДЕПРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Б.В. Михайлов, В.Б. Михайлов

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

На основе системного подхода в оценке результатов комплексных клинико-психопатологических, психодиагностических исследований лиц, перенесших ИМ и МИ, были определены особенности клинической структуры, закономерности формирования, развития и течения соматогенной депрессии и ассоциированных расстройств у этих больных.

У больных с ИМ в остром периоде ведущим является болевой синдром, который приводит к выраженным психоэмоциональным расстройствам. На фоне сохранения когнитивных функций превалирует фобическая, тревожно-депрессивная симптоматика, выраженность которой напрямую зависит от выраженности болевого синдрома. В последующем первичный психоэмоциональный витально обусловленный компонент исчезает, формируются тревожно-депрессивные нарушения, гипо- и анозогностический тип восприятия своего состояния.

У пациентов с МИ первичным является нарушение уровня сознания с когнитивными и астеническими нарушениями с последующим формированием психоэмоциональных расстройств, тревожно-депрессивных нарушений с элементами ипохондризации на фоне сохраняющихся когнитивных расстройств.

Ключевые слова: вторичная депрессия, тревога, психотерапия, инфаркт миокарда, мозговой инсульт.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

- Михайлов Борис Володимирович – завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти – д.мед.н., професор
- E-mail: psychotherapy@med.edu.ua

Статья поступила в редакцию 30.12.2018.

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу ceomenshealth@gmail.com

Ю. И. Заседа, Р. И. Соломенный, Ф. Б. Шихалиев

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАНИЯ ТЕРАПИИ АУТОПЛАЗМОЙ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА И НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОПЛАСТИЧЕСКОЙ ИНДУРАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Клиника «Мужское Здоровье» г. Киев, Украина

Yu. I. Zaseda, R. I. Solomianyi, F. B. Shykhaliiev

EXPERIENCE OF COMBINING PLATELET-RICH AUTOPLASM THERAPY AND LOW-INTENSITY SHOCK-WAVE THERAPY IN TREATMENT OF PEYRONIE'S DISEASE

Men's Health Clinic, Kiev, Ukraine

Резюме *Актуальность. Спектр комбинированных механизмов действия АОТфр-терапии, НЭУВТ и терапии ЛОД позволяет предположить клинический эффект данного комплекса процедур в отношении пациентов с фибропластической индурацией полового члена, на данный момент не имеющей консервативных путей терапии, обладающих достаточной эффективностью.*

Цель исследования: установление эффективности комбинированной терапии АОТфр с интракавернозной активацией факторов роста методом НЭУВТ + ЛОД и фармакотерапии ИКА в лечении фибропластической индурации полового члена.

Дизайн. Контингент исследования составили 23 пациента Клиники «Мужское Здоровье», г. Киев, страдающих фибропластической индурацией полового члена (болезнь Пейрони, МКБ-10: N48.6) с эректильными нарушениями.

Результаты исследования. В 6-месячном катamnестическом наблюдении отмечено снижение болевых ощущений при эрекции, значительное улучшение эректильной функции, тотальный регресс локусов индурации площадью менее 25 мм² и значительное снижение плотности и площади локусов индурации площадью более 25 мм².

Выводы. Установлено, что терапевтическая модель комбинированного использования терапии АОТфр с интракавернозной активацией факторов роста методом НЭУВТ + ЛОД + ИКА в лечении фибропластической индурации полового члена, показывает выраженный клинический эффект, что делает исследуемую терапевтическую модель перспективным вариантом консервативной коррекции болевого синдрома и нарушений эректильной функции при фибропластической индурации полового члена.

Ключевые слова: аутоплазма обогащенная тромбоцитарными факторами роста, низкоинтенсивная ударно-волновая терапия, икариин, болезнь пейрони.

Актуальность. В настоящее время в андро-урологической клинике, всё большую представленность получают модели терапии, основанные на сочетаниях физиотерапевтических и биологических методов. Особенностью подобных сочетаний является

универсальность терапевтического эффекта и патогенетическая его ориентированность, противопоставляемая перечню условий, необходимых для корректного эффекта фармакотерапии, порождающему контингент т. н. «неответчиков», а также симптоматичности и

кратковременности этого эффекта, приводящих к необходимости пожизненного приема препарата для поддержания достаточного уровня функционирования [2, 3].

Среди наиболее перспективных биологических методов, используемых в терапии хронической патологии в сфере андро-урологии, центральное место занимает метод терапии аутоплазмой обогащенной тромбоцитарными факторами роста (АОТфр). К его исследованным эффектам относится восстановление эндотелиальной оболочки сосудистой стенки, за счет стимуляции клеток-предшественников эндотелия, и регуляция выработки эндотелиальной и нейрональной NO-синтазы, приводящая к улучшению функционального состояния гладкомышечных клеток сосудистой стенки. Также, в рамках данного метода активно осуществляются сигнальные взаимодействия тромбоцитарных факторов роста с мезенхимальными стволовыми клетками, что позволяет индуцировать тканевую регенерацию в локальных тканях [4,].

Наиболее вариабельной частью технологии использования АОТфр-терапии является механизм активации тромбоцитарных факторов роста. Согласно стандартно используемым технологиям, данный шаг производится экстракорпорально с использованием тромбина и хлористого калия. Также в качестве триггера активации тромбоцитарных факторов роста могут выступать физические воздействия, некоторые из которых являются основой физиотерапевтических процедур, в частности: ультразвуковые и ударно-волновые эффекты [4, 7-11].

В рамках наших исследований, было установлено, что АОТфр, при введении в ткани полового члена, может быть активирована интракавернозно при использовании низкоинтенсивной ударно-волновой терапии (НЭУВТ), что в сочетании с применением локально-отрицательного давления (ЛОД), для удержания АОТфр в локальных тканях, позволяет в значительной мере повысить эффективность АОТфр-терапии в отношении эректильной дисфункции сосудистого генеза.

Среди фармакотерапевтических агентов, перспективных в отношении дополнения указанных механизмов, выступает флавоноид *Epimedium brevicornum Maxim* – являющийся действующим веществом препарата Икариин (ИКА), имеющий спектр эффектов, конгруэнтных таковым у АОТфр и НЭУВТ.

Спектр комбинированных механизмов действия АОТфр-терапии, НЭУВТ и терапии ЛОД позволяет предположить клинический эффект данного комплекса процедур в отношении пациентов с фибропластической индукцией полового члена, на данный момент не имеющей консервативных путей терапии, обладающих достаточной эффективностью [1].

Исследования, посвященные терапии болезни Пейрони с использованием различных модификаций АОТфр-терапии, на данный момент имеют признанную перспективность, показывая высокий уровень надежности клинического эффекта и безопасности [5, 6].

Цель исследования: установление эффективности комбинированной терапии АОТфр с интракавернозной активацией факторов роста методом НЭУВТ + ЛОД и фармакотерапии ИКА в лечении фибропластической индукции полового члена.

Дизайн. Исследование проведено в проспективном дизайне в параллельных группах, в рамках открытого клинического исследования.

Исследование проведено в 3 этапа:

- 1) **обсервационный** – включал комплекс исследований, направленный на верификацию патологического состояния, локализацию фибропластических бляшек, уточнение характеристик эректильной функции и болевого синдрома.
- 2) **терапевтический** – включал лечение пациентов согласно исследуемой терапевтической модели, регистрацию побочных и дополнительных эффектов терапии, случаев выбывания пациентов из исследования.
- 3) **катамнестический** – включал повторный цикл исследований, направленный на установление степени клинического

эффекта терапевтической модели на морфологическое и функциональное состояние тканей полового члена.

Контингент исследования составили 23 пациента Клиники «Мужское Здоровье», г. Киев, страдающих фибропластической индукцией полового члена (болезнь Пейрони, МКБ-10: N48.6) с эректильными нарушениями. Из исследования были исключены пациенты, имеющие верифицированную эректильную дисфункцию иного генеза. Гомогенизация контингента исследования проведена по критерию возраста (от 29 до 47 лет) и продолжительности наличия симптомов патологии (от 3 до 7 лет).

Методы исследования.

- 1) клинический: клиническое обследование и обсервация + клинический опросник «Международный индекс эректильной функции» (МИЭФ), с целью установления степени нарушения эректильной функции; визуальная аналоговая шкала боли, для оценки выраженности болевого синдрома.
- 2) лабораторный: стандартный комплекс лабораторных и инструментальных исследований – с целью исключения патологических состояний, препятствующих прохождению лечения.
- 3) сонографический: ультразвуковое сканирование кавернозных тел, использовалось с целью верификации патологии, локализации и оценки фиброзных образований, а также для контроля введения АОТФр (визуализация эхографических феноменов после введенной аутоплазмы и регистрации времени их наблюдения); фармакодоплерография полового члена с видео-эротической стимуляцией (фармакологическая стимуляция – стандартная доза силденафила за 1 час до начала исследования, исследование проводится на фоне видео-эротической стимуляции эрекции): с целью установления фактических нарушений эректильной гемодинамики и дальнейшего мониторинга клинического эффекта терапии.

Результаты исследования. По результатам обсервационного этапа исследования было подтверждено, что в контингенте исследования у всех пациентов присутствуют:

- объективные признаки нарушения эректильной гемодинамики (по данным фармакодоплерографии полового члена);
- субъективные признаки нарушения эректильной функции (по данным опросника МИЭФ-5);
- болевые ощущения при эрекции (оцененные с использованием визуальной аналоговой шкалы боли);

Детальные характеристики функциональных параметров, полученных при обсервационном исследовании контингента, приведены в сопоставлении с таковыми, при катamnестическом исследовании приведены далее в табл. 2.

На основании сонографического исследования установлено, что у 4 (17%) пациентов имеет место одиночный локус индукции, у 9 (39%) пациентов – 2 локуса, у 10 (44%) – более двух локусов.

Всего в контингенте исследования обнаружено 55 локусов различной площади (рис. 1).

На терапевтическом этапе был проведен курс лечения согласно модели: параллельное применение инъекций АОТФр (1 комплекс инъекций в неделю на протяжении 6-ти недель), НЭУВТ (2 раза в неделю 3000 ударов 7 стандартных зон полового члена, частота 10 Гц, суммарная мощность до 1 мДж/мм²) на протяжении 6-ти недель (каждая первая еженедельная процедура проводилась сочетанно с процедурами АОТФр-терапии (для интракавернозной активации тромбоцитов), вторая процедура без АОТФр-терапии, процедуры ЛОД-терапии (2 раза в неделю на протяжении всего курса терапии), фармакотерапия ИКА орально, 50 мг/сутки в 1 прием (вечером) ежедневно 4-6 мес. В таблице 1 приведено расписание курса процедур.

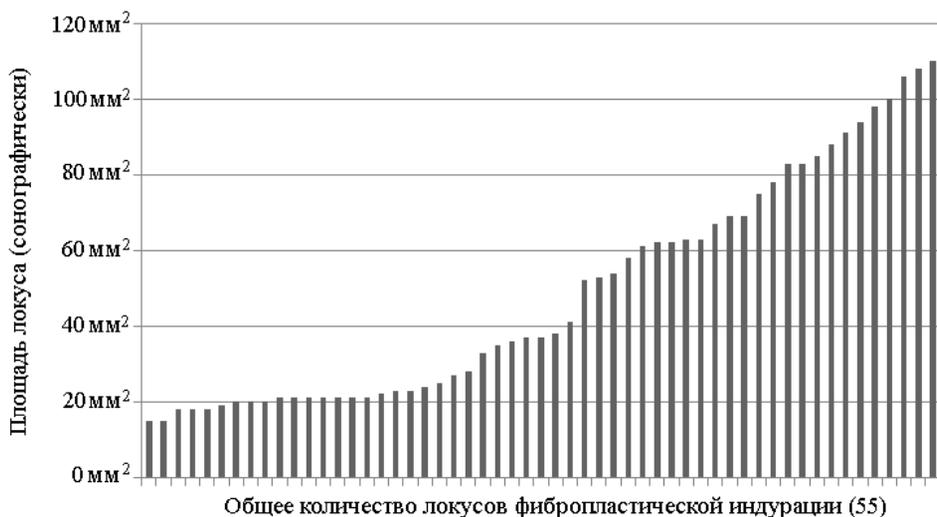


Рис. 1. Распределение площади 55 выявленных локусов индукции в контингенте исследования по данным сонографии.

Таблица 1

Расписание курса процедур в структуре исследуемой терапевтической модели

процедура \ неделя	1-я		2-я		3-я		4-я		5-я		6-я	
	C1	C2	C1	C2	C1	C2	C1	C2	C1	C2	C1	C2
АОТФр-терапия	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
НЭУВТ	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ЛОД-терапия	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ИКА	фоновое назначение, ежедневно 4-6 мес.											
Примечание: C1 – первая сессия, C2 – вторая сессия												

Для получения АОТФр была использована стандартизированная техника, заключающаяся в заборе 72 мл крови из локтевой вены пациента (с последующим помещением в вакуумные пробирки объемом 9 мл с 3,8% раствором цитрата натрия), её центрифугированием при 500g в течение 5 мин, последующим забором плазмы и повторным центрифугированием при 1538g в течение 3 мин, выделении нижнего слоя плазмы в объеме 1 мл, активация тромбоцитарных факторов роста 0,1 мл 10% раствором кальция хлорида.

Процедура АОТФр-терапии заключается в комплексе инъекций, выполняемых с

использованием шприца (емкостью 1 мл) по латеральной поверхности полового члена: проксимально, дистально по 1,0 мл в каждый локус; далее 2,0 мл в фибропластически измененные локусы (бляшки) мультифокально (режим дозирования АОТФр соответствует площади локуса индукции); далее по 0,5 мл аутоплазмы в седалищно-пещеристые мышцы; и по 0,5 мл в каждую ножку полового члена.

В рамках терапевтического этапа исследования не было выявлено побочных или дополнительных эффектов лечения, случаев выбывания пациентов из исследования также не зарегистрировано.

Через 6 недель после окончания курса лечения, был проведен повторный цикл исследований, результаты которого, при их

сопоставлении с исходными данными, указывают на степень эффективности исследуемой терапевтической модели (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительные характеристики обсервационных и катamnестических показателей в контингенте исследования

Показатель	ОД	Р критерий	КД
Данные МИЭФ			
Эректильная функция	14,3±1,1	p≤0,05	19,5±1,7
Удовлетворенность половым актом	6,6±0,8	p≤0,05	8,8±0,9
Оргазмическая функция	7,4±0,8	p>0,05	8,1±0,6
Либи́до	8,6±0,4	p>0,05	9,0±0,8
Общая удовлетворенность	5,6±1,0	p≤0,05	8,4±0,9
Визуальная аналоговая шкала боли			
Болевые ощущения при эрекции	4,3±0,8	p≤0,01	2,1±0,5
Фармакодоплерография полового члена			
ПСС в состоянии покоя (см/с)	9,4±0,3	p>0,05	9,8±0,5
ПСС при стимуляции (см/с)	29,2±1,2	p>0,05	30,2±1,0
КДС при стимуляции (см/с)	5,4 ±0,6	p≤0,05	3,9±0,4
Примечание: ОД – обсервационные данные, КД – катamnестические данные			

Отмечено, что в 6-месячном катamnестическом наблюдении, болевые ощущения при эрекции показали динамику снижения интенсивности с умеренного до слабого уровня (p≤0,01). По-видимому, именно снижение интенсивности болевых ощущений сказалось также и на уровнях удовлетворенности эректильной функцией и половым актом по данным МИЭФ.

Также, имеет место достоверное увеличение показателей МИЭФ, в частности: эрeкtilьной функции (переход от умеренной к легкой эрeкtilьной дисфункции), удовлетворенности половым актом и общей удовлетворенности эрeкtilьной функцией (p≤0,05 для всех показателей).

Отмечено достоверное снижение конечной диастолической скорости кровотока при стимуляции эрекции (по данным фармакодоплерографии пениса), что указывает на снижение компрессии кавернозных тел фибротически индуцированными тканями, что в свою очередь снижает активность гемодинамического шунтирования.

Кроме того, по данным фармакодоплерографии полового члена обнаружены множественные случаи функциональной асимметрии эрeкtilьной гемодинамики, отраженные в снижении ПСС в состоянии стимуляции на стороне поражения.

Морфологические эффекты проведенной терапии были проанализированы сонографически, отмечено:

- значительный регресс фибропластического процесса в локусах индукции. Локусы фибропластической индукции площадью менее 25 мм² (5x5 мм) продемонстрировали тотальный, либо субтотальный регресс;
- снижение площади и плотности локусов фибропластической индукции в очагах площадью более 25 мм². Отмечено уменьшение площади локусов индукции в среднем на 40% от первоначального (для очагов >25 мм²).
- девиации полового члена менее 30о в среднем сократились на 6-12о, что, по-видимому, связано с изменением плотности локусов индукции.

Катамнестические данные показали устойчивый эффект терапии для всех пациентов в контингенте исследования. Двум пациентам курс терапии был проведен повторно через 7 и 11 месяцев после окончания первого курса по инициативе пациентов (для дальнейшей нормализации эректильной функции).

Выводы. Установлено, что терапевтическая модель комбинированного использования терапии АОТФр с интракавернозной активацией факторов роста методом НЭУВТ + ЛОД + ИКА в лечении фибропластической индукции полового члена, показывает выраженный клинический эффект в отношении:

- тотального и субтотального регресса (резорбции) фибропластического процесса в локусах индукции площадью менее 25 мм², в очагах площадью менее 25 мм²;
- снижения площади и плотности локусов фибропластической индукции в очагах

площадью более 25 мм² и уменьшении площади локусов индукции в среднем на 40% от первоначального (для очагов >25 мм²);

- восстановления эректильной функции, повышения удовлетворенности половым актом и общей удовлетворенности (по данным опросника МИЭФ);
- снижения интенсивности болевых ощущений при эрекции (по данным визуальной аналоговой шкалы боли);
- нормализации показателей эректильной гемодинамики, в частности конечной диастолической скорости кровотока при стимуляции.

Сочетание указанных эффектов делает исследуемую терапевтическую модель перспективным вариантом консервативной коррекции болевого синдрома и нарушенной эректильной функции при фибропластической индукции полового члена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

4. Аксьонов П.В., Романюк М.Г., Мироненко В.И. Ударно-хвильова терапія у лікуванні еректильної дисфункції / Здоровье мужчины. – 2017. – №4 (63) – 64-70.
5. Горпинченко И.И. Современное лечение эректильной дисфункции. Использование ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го поколения / Горпинченко И.И. // Здоровье мужчины. – 2013. – № 3 (46). – С. 87–90.
6. Горпинченко И.И. Еректилна дисфункція та пов'язана зі здоров'ям якість життя / І.І. Горпинченко, Д.З. Воробець, П.Л. Свердан // Здоровье мужчины. – 2010. – №1 (32). – С. 54-60.
7. Чалый М.Е., Вилькин Я.Ф., Епифанова М.В. Способ лечения эректильной дисфункции. – Патент на изобретение РФ No 2514639. Москва. 5 марта – 2014. // Бюллетень № 12 от 27.04.2014.
8. Clinical efficacy, safety and tolerability of collagenase clostridium histolyticum for the treatment of peyronie disease in 2 large double-blind, randomized, placebo controlled phase 3 studies. J Urol. 2013;190:199–207.
9. Eric Chung Peyronie's disease and low intensity shock wave therapy: Clinical outcomes and patient satisfaction rate in an open-label single arm prospective study in Australian men Korean J Urol. 2015 Nov; 56(11): 775–780
10. Gigante A, Del Torto M, Manzotti S, Cianforlini M, Busilacchi A, Davidson PA, et al. Platelet rich fibrin matrix effects on skeletal muscle lesions: an experimental study. J Biol Regul Homeost Agents. 2012;26:475–484.
11. Kushida S, Kakudo N, Morimoto N, Hara T, Ogawa T, Mitsui T, et al. Platelet and growth factor concentrations in activated platelet-rich plasma: a comparison of seven commercial separation systems. J Artif Organs. 2014;17:186–192.
12. Li J, Shi Q, Pu C, Tang Y, Bai Y, Yuan H, et al. Phosphodiesterase type 5 inhibitors for the treatment of post-nerve sparing radical prostatectomy erectile dysfunction in men. Sci Rep. 2014;4:5801.
13. Wu CC, Wu YN, Ho HO, Chen KC, Sheu MT, Chiang HS. The neuroprotective effect of platelet-rich plasma on erectile function in bilateral cavernous nerve injury rat model. J Sex Med. 2012;9:2838–2848.
14. Wu YN, Wu CC, Sheu MT, Chen KC, Ho HO, Chiang HS. Optimization of platelet-rich plasma and its effects on the recovery of erectile function after bilateral cavernous nerve injury in a rat model. J Tissue Eng Regen Med. 2016;10:E294–E304.

РЕЗЮМЕ

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПОЄДНАННЯ ТЕРАПІЇ АУТОПЛАЗМОЮ ЗБАГАЧЕНОЮ ТРОМБОЦИТАРНИМИ ФАКТОРАМИ РОСТУ І НИЗЬКОІНТЕНСИВНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ФІБРОПЛАСТИЧНОЇ ІНДУРАЦІЇ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

Ю. І. Заседа, Р. І. Солом'яний, Ф. Б. Шихалієв

Актуальність. Спектр комбінованих механізмів дії АЗТфр-терапії, НІУХТ і терапії ЛНТ дозволяє прогнозувати наявність клінічного ефекту по відношенню до пацієнтів з фібропластичною індурацією статевого члена, яка на даний момент не має консервативних шляхів терапії, що мають достатню ефективність. Мета дослідження: встановлення ефективності комбінованої терапії АЗТфр з інтракавернозною активацією факторів росту методом НІУХТ + ЛНТ і фармакотерапії ІКА в лікуванні фібропластичної індурації статевого члена.

Дизайн. Контингент дослідження склали 23 пацієнта Клініки «Мужское Здоровье», м Київ, що страждають на фібропластичну індурацію статевого члена (хвороба Пейроні, МКБ-10: N48.6) з еректильними порушеннями.

Результати дослідження. У 6-місячному катамнестичному спостереженні відзначено зниження болювих відчуттів при ерекції, значне поліпшення еректильної функції, тотальний регрес локусів індурації площею менше 25 мм² і значне зниження щільності та площі локусів індурації площею понад 25 мм².

Висновки. Встановлено, що терапевтична модель комбінованого використання терапії АОТфр з інтракавернозною активацією факторів росту методом НЕУВТ + ЛОД + фармакотерапія ІКА в лікуванні фібропластичної індурації статевого члена, показує виражений клінічний ефект, що робить досліджувану терапевтичну модель перспективним варіантом консервативної корекції болювого синдрому та порушень еректильної функції при фібропластичній індурації статевого члена.

Ключові слова: аутоплазма збагачена тромбоцитарними факторами росту, низькоінтенсивна ударно-хвильова терапія, ікаріїн, хвороба пейроні.

SUMMARY

EXPERIENCE OF COMBINING PLATELET-RICH AUTOPLASMA THERAPY AND LOW-INTENSITY SHOCK-WAVE THERAPY IN TREATMENT OF PEYRONIE'S DISEASE

Yu. I. Zaseda, R. I. Solomiani, F. B. Shykhaliiev

Relevance. The spectrum of combined mechanisms of action of PRP-therapy, LISWT and LNP therapy suggests the clinical effect for patients with fibroplastic penile induration, which currently does not have conservative therapies that have sufficient efficacy.

The aim of the study was to determine the efficacy of combined PRP-therapy with intracavernous activation of growth factors by LISWT method + LNP and ICA pharmacotherapy in treatment of fibroplastic penile induction.

Design. The study group comprised 23 patients of the Men's Health Clinic in Kyiv, suffering from fibroplastic penile inducing (Peyronie's disease, ICD-10: N48.6) with erectile dysfunction.

Results of the study. A 6-month follow-up observation showed a reduction of pain during erection, a significant improvement in erectile function, a total regression of the areas less than 25 mm² and a significant decrease in the density and area of the induration areas that over 25 mm². *Conclusions.* It has been established that the therapeutic model of the combined use of PRP-therapy with intracavernous activation of growth factors by LISWT method + LOD + ICA in the treatment of fibroplastic penile induration, shows a pronounced clinical effect, which makes this therapeutic model a promising option for conservative correction of pain and erectile dysfunction in fibroplastic penile induration.

Key words: platelet-rich plasma, low-intensity shock wave therapy, icariin, peyronie's disease.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

- Заседа Юрий Игоревич, д. м. н. Главный врач клиники «Мужское Здоровье» г. Киев. Телефон: +380976500444. E-mail: zaseda@gmail.com
- Заседа Юрий Игоревич, д. м. н. Головный лікар клініки «Мужское Здоровье» м. Київ. Телефон: +380976500444. E-mail: zaseda@gmail.com
- Zaseda Yuri Igorevich, MD, Urologist, Andrologist, PhD, Doctor of Science, CMO of Men's Health Clinic, Kiev. Contact number: +380976500444. E-mail: zaseda@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 30.12.2018

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу seomenshealth@gmail.com.

Мальцев Д.В.

НОВІ ВІДКРИТТЯ У МЕХАНІЗМАХ ІНТЕРФЕРОН-ЗАЛЕЖНОГО КОНТРОЛЮ НАД ЛАТЕНТНИМИ АЛЬФА-ГЕРПЕСВІРУСАМИ У СЕНСОРНИХ ГАНГЛІЯХ

Інститут експериментальної і клінічної медицини НМУ імені О.О. Богомольця

Maltsev D.V.

NEW DISCOVERIES IN THE MECHANISMS OF INTERFERON-DEPENDENT CONTROL OF LATENT ALPHA-HERPESVIRUS IN SENSORY GANGLIA AND THE EXPERIENCE OF USING AN INDUCER OF INTERFERON OVERIN FOR THE RESTORATION OF SUCH CONTROL

Institute of Experimental and Clinical Medicine, O. Bogomolets National Medical University

Резюме

У статті наведені сучасні дані щодо інтерферон-залежних механізмів контролю над латентними альфа-герпесвірусами в сенсорних нервових гангліях. Наведені дані щодо системи інтрагангліонарного контролю, що представлена резидентними природними кілерами, природними кілерними Т-лімфоцитами та цитотоксичними Т-клітинами, що входять до складу сателітних клітин нервового вузла, та системи інтранейронального захисту, що міститься у доцентрових волокнах і представлена каскадною системою TLR-3. Проаналізовані результати оригінального контрольованого клінічного дослідження з імунотерапії часто рецидивного генітального герпесу у пацієнтів з вибіркковими дефіцитами природних кілерів, природних кілерних Т-клітин і/або цитотоксичних Т-лімфоцитів (n=127). Показано, що додавання Оверину до стандартної імунотерапії рекомбінантним альфа-інтерфероном забезпечує швидше і виразніше зростання кількості уражених кілерних клітин у крові, та зменшення частоти рецидивів герпетичних висипань.

Ключові слова: генітальний герпес, природні кілери, Оверин.

Як відомо, до альфа-герпесвірусів людини відносять віруси простого герпесу 1 і 2 типів (herpes simplex viruses, HSV) та вірус варіцелла зостер (varicella zoster virus, VZV), що є збудником вітряної віспи і оперізного герпесу [7]. При цьому вірус простого герпесу 1 типу в 80-90% є причиною лабіального або орофациального герпесу, а в 10-20% – генітальних уражень, оскільки передається від людини до людини здебільшого повітряно-крапельним шляхом. Вірус простого герпесу 2 типу, навпаки, в 80-90% випадків викликає генітальний герпес, і лише в 10-20% – лабіальний, розповсюджуючись в популяції переважно статевим шляхом [5, 8]. Іноді генітальні і суміжні ураження викли-

кає варіцелла-зостер вірус, або герпесвірус 3 типу, тому при поширених папуло-везикулярних висипаннях на статевих органах не слід забувати про можливість оперізного герпесу [6].

Інфекція, викликана альфа-герпесвірусами, описується теорією латентності в периферичних сенсорних нервових гангліях. Ці віруси характеризуються нейротропіністю, однак використовують для проникнення до терміналей чутливих нервів різні рецептори. Віруси простого герпесу 1 і 2 типів приєднуються до рецептору до фактору росту фібробластів [23], в той час як варіцелла зостер вірус – ферменту, що руйнує інсулін [12]. Використовуючи нервові

волокна типу С, віруси простого герпесу за механізмом ретроградного нейронального транспорту надходять до тіл нейронів, що містяться в сенсорних вузлах краніальних і паравертебральних периферичних нервів або в гангліях вегетативної нервової системи. Ці структури є біологічними резервуарами вірусу в організмі людини. Вибір резервуару є не випадковим, оскільки нервові вузли є імунопривілейованими органами, де вірус може довільно уникати цитотоксичної імунної відповіді з боку клітинного імунітету, яка могла б забезпечити ерадикацію інфекції з організму людини. Давно було відомо, що потрапляючи до тіл нейронів, віруси простого герпесу переходять у стан обмеженої експресії геному, який отримав назву латентності. Здатність альфа-герпесвірусів до латентності в чутливих гангліях продемонстрована в класичному дослідженні Bastian F.O. зі співавт. у 1972 році [15]. Пізніше Richter E.R. зі співавт. вивчили розподіл HSV1

і VZV в сенсорних і вегетативних гангліях голови і шиї, вивчаючи фіксовані у парафіні зразки тканини, отримані при аутопсії. HSV1 і VZV були ідентифіковані в 18 із 58 (31%) та 16 із 58 (28%) трійчастих, 23 із 58 (40%) і 11 із 58 (19%) крилопіднебінних, 25 із 60 (42%) і 14 із 60 (23%) ціліарних, 25 із 48 (52%) і 11 із 48 (23%) колінчастих, 15 із 50 (30%) і 8 із 50 (16%) вушних, 14 із 47 (30%) і 4 із 47 (9%) підщелепних, 18 із 58 (31%) і 10 із 58 (17%) нодозних гангліїв відповідно [32]. Наразі теорія латентності вірусу в периферичних сенсорних нервових гангліях доопрацьована і обґрунтована Ізраелем Стейнером. Вона базується на даних імуногістохімічного аналізу та нозерн-блоттингу, які дозволяють ідентифікувати вірус всередині клітин нервових вузлів протягом прихованого періоду перебігу інфекції, коли вірус перебуває у епісомальній або конкатемерній формі (рис. 1) [35].

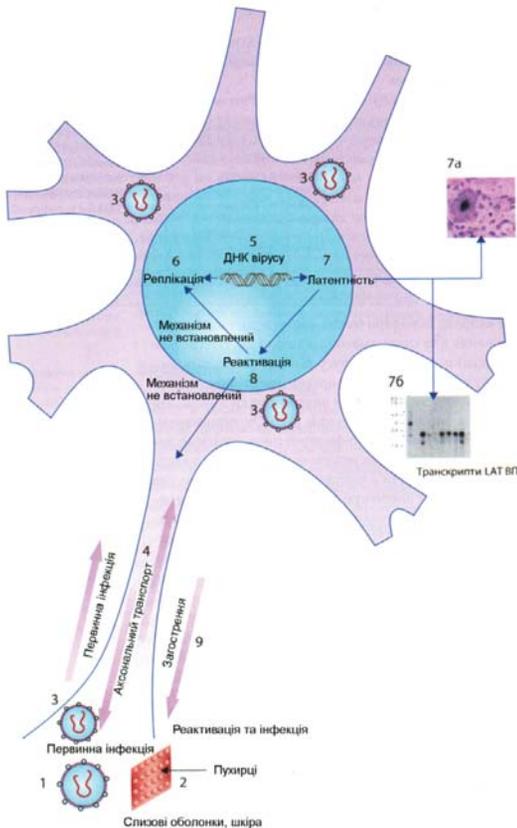


Рис. 1. Цикл вірусу простого герпесу в організмі людини (за Steiner I. зі співавт.) [34]

1 – первинне інфікування; 2 – типові везикули; 3, 4 – транспорт вірусної часточки вздовж нервового волокна; 5 – ДНК у ядрі нейрона; 6 – повний цикл реплікації; 7 – латентний стан, який можна підтвердити шляхом гістологічного дослідження (7a) або нозерн-блоттингу 1 (76); 8 – реактивація; 9 – загострення процесу на периферії.

При ослабленні імунітету експресія генному альфа-герпесвірусу поновлюється, що призводить до неагресивного, нелітичного циклу репродукції збудника всередині нервових клітин, подальшого розповсюдження сформованих віріонів вздовж відцентрових нервових волокон до шкіри і слизових оболонок, де реалізується агресивний, літичний цикл репродукції з цитопатичним ефектом, що призводить до формування добре відомого папулярно-везикулярного висипу. Цей стан називається реактивацією вірусу. В сенсорних нервових гангліях периферичної нервової системи VZV, на відміну від HSV1 і HSV2, перебуває не в нейронах, а в сателітних клітинах в стані обмеженої експресії геному. Reichelt M. зі співавт. показали, що VZV спочатку реактивується із сателітних клітин вузла з подальшим формуванням багатоядерних синцитіальних комплексів, утворених за рахунок злиття гліальних клітин і нейронів, що дозволяє вірусу проникнути у нервові клітини і здійснити міграцію до шкіри вздовж відцентрових волокон периферичних нервів [31]. Тому під час реактивації VZV уражається більшість нейронів ганглію, що пояснює поширений дерматомерний висип, на відміну від обмеженої екзантеми HSV1/HSV2-етиології, оскільки ці віруси зазвичай реактивуються у одному або кількох суміжних нейронах і не передаються до інших нервових клітин ганглію, оскільки майже не залучають сателітні клітини [35].

Таким чином, перебіг інфекції, спричиненої альфа-герпесвірусами, характеризується варіабельним чергуванням фаз латентності і реактивації. В клінічній картині відзначається періодична поява характерної екса- або енантеми. Однак донедавна був незрозумілим механізм вибору стратегії паразитування вірусу, як і причина відмінностей у стилі репродукції збудника у нервових і епітеліальних клітинах. Відкриття останніх років дозволили з'ясувати організовану захисну систему всередині гангліїв та інфікованих нервових клітин, що забезпечує підтримання вірусу в латентному стані. Якщо раніше перехід ві-

русу із латентного стану у реактивований і навпаки розглядали виключно як ініціативу збудника, то сьогодні провідну роль у формуванні поточної стратегії паразитування альфа-герпесвірусів віддають імунній системі організму людини. Таким чином, вірусцентричні погляди на патогенез герпесвірусних інфекцій змінилися антропоцентричними, що укріплює класичні уявлення про опортуністичність цих патогенів. Зміна поглядів на патогенез таких інфекцій пов'язана, передусім, із відкриттям систем інтрагангліонарного та інтранейронального імунітету, з якими асоціюють реалізацію ефективного контролю над ендогенними альфа-герпесвірусами і витіснення останніх у стан латентності, що є безпечним як для організму людини, оскільки є безсимптомним, так і для популяції в цілому, так як не супроводжується контагіозністю.

Сьогодні у складі сателітних клітин в сенсорних нервових гангліях виявлені деякі клітини імунної системи, що беруть участь у місцевому контролі над вірусною репродукцією. Неінфіковані нервові вузли від народження містять природні кілери (natural killers, NK; CD3-CD16+CD56+ cells) [14] і природні кілерні Т-лімфоцити (natural killer T-cells, NKT; CD3+CD16+CD56+ cells) [20], що обмежують вірусне навантаження під час первинного інфікування ганглію і належать до системи природженого імунітету. Ці клітини важливі також у пригніченні репродуктивної активності альфа-герпесвірусів всередині інфікованих нейронів у разі вторинної інфекції. Backström E. зі співавт. встановили, що за рахунок діяльності гліальних клітин ганглію на поверхні нейронів, інфікованих альфа-герпесвірусами, зберігається висока щільність експресії молекул HLA I класу, що захищає останні від цитотоксичної відповіді з боку природних кілерів і спрямовує місцеву імунну відповідь в паліативний, вірусостатичний напрямок (рис. 2) [14].

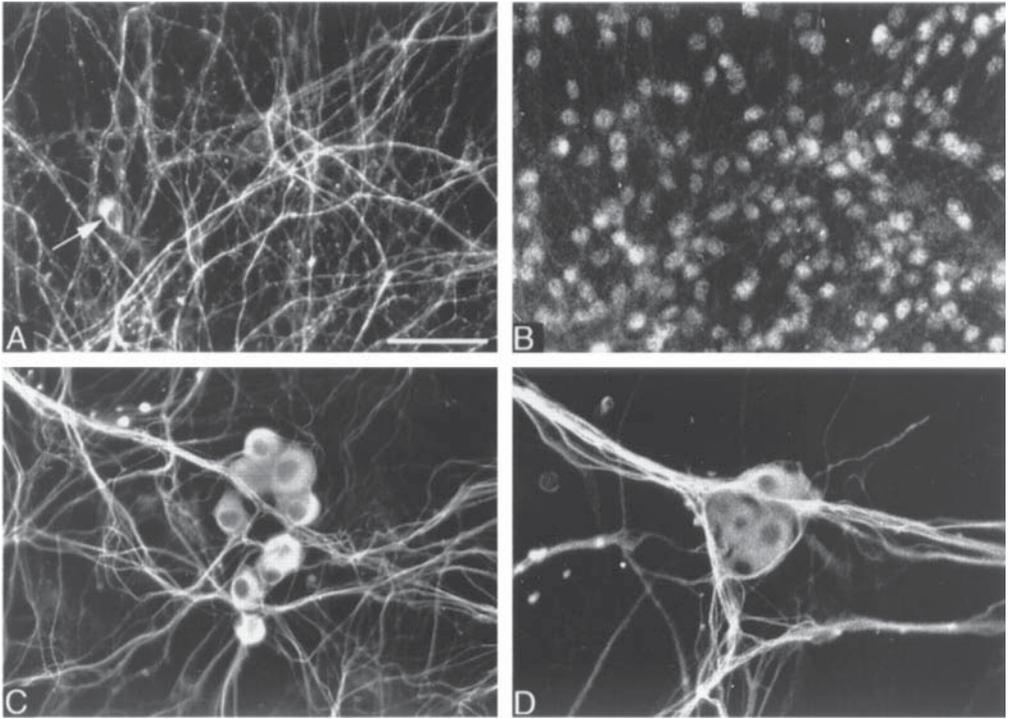


Рис. 2. Мікрофотографії культури клітин дорзального сенсорного нервового ганглію, які вказують на те, що природні кілери не проявляють цитотоксичності щодо інфікованих нейронів при великій щільності гліальних клітин (за Backström E. зі співавт.) [14]

В подальшому до інфікованих нервових вузлів надходять специфічні CD3+CD8+ цитотоксичні Т-лімфоцити, сформовані в ході адаптивної імунної відповіді проти вірусу, що посилюють інтрагангліонарний контроль над вірусом [34]. Їх кількість серед сателітних клітин ганглію поступово збільшується пропорційно до частоти реактивацій альфа-герпесвірусів, що вказує на посилення напруженості місцевого клітинного імунітету протягом розвитку інфекції (рис. 3) [19]. Триклітинна кооперація, або функціональна тріада природних кілерів, природних кілерних Т-клітин і цитотоксичних Т-лімфоцитів становить основу інтрагангліонарного імунітету проти герпесвірусів. Це яскравий приклад тісної співпраці природженого і адаптивного клітинного імунітету людини у формуванні резистентності до вірусної інфекції.

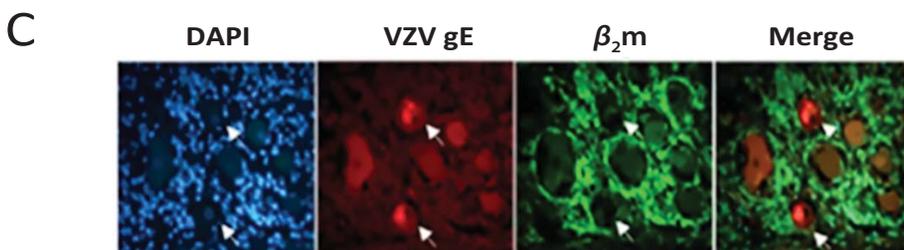
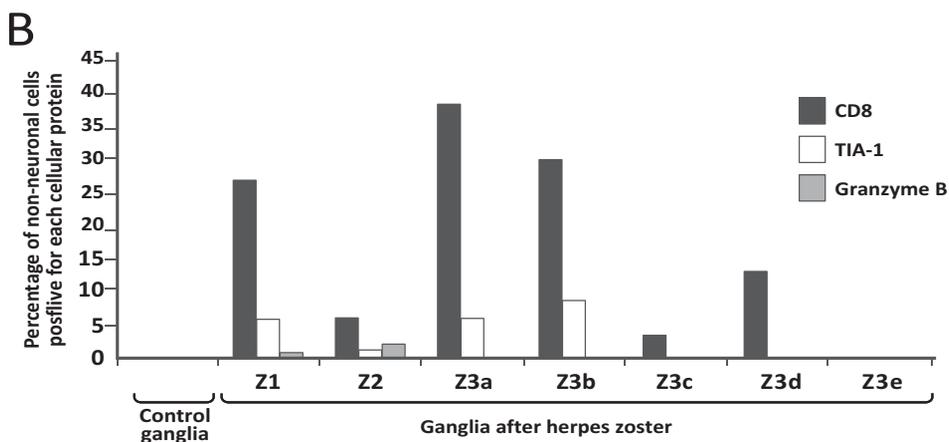
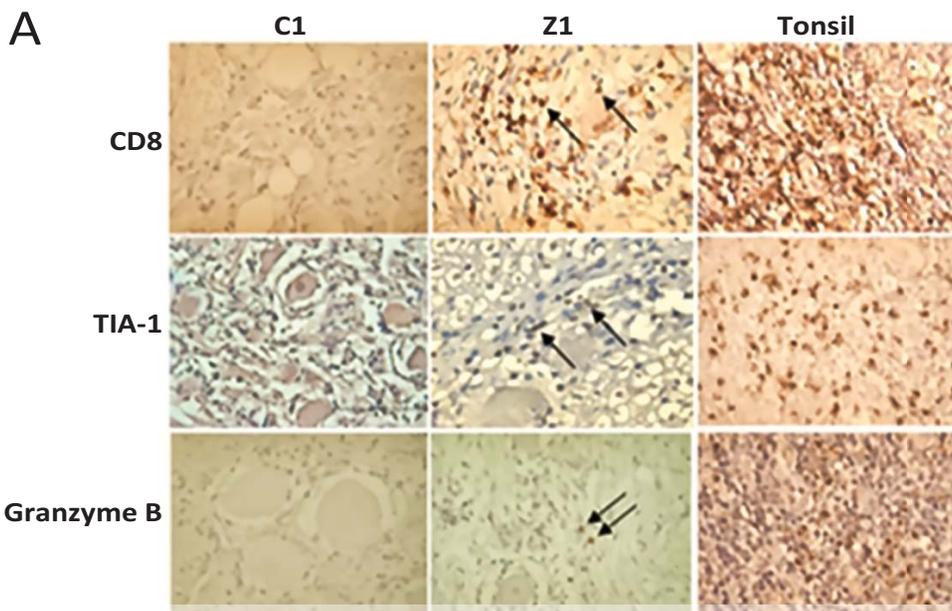


Рис. 3. Результати імуногістохімічного дослідження сенсорних нервових гангліїв, що вказують на збільшення кількості цитотоксичних Т-лімфоцитів у їх складі після епізоду оперізуючого герпесу, що продемонстровано на експресії корецептору CD8 та асоційованих з цитотоксичністю молекул TIA-1 і гранзиму B (тканина мигдаликів використана як позитивний контроль) (за Gowrishankar K. зі снів.) [19]

Як відомо, в епітеліальній тканині кілерні лімфоцити здійснюють цитотоксичну відповідь, що призводить до апоптотичної або некротичної загибелі інфікованих клітин. Ця радикальна, віруцидна імунна відповідь важлива для ерадикації інфекції в місці вхідних воріт. Однак така імунна відповідь є неприпустимою щодо інфікованих нейронів, зважаючи на важливість функцій цих клітин і обмежені можливості регенерації в нервовій тканині. Тому всередині ганглію реалізується паліативна, клітиннозберігаюча імунна відповідь, що, не руйнуючи нейрону, критично пригнічує здатність вірусу до репродукції, і основою такої відповіді є продукція доіmunних інтерферонів. Отже, встановлено, що альфа-герпесвіруси в нервових сенсорних гангліях перебувають під постійним тиском імунної відповіді з боку резидентних природних кілерів [11, 14], природних кілерних Т-лімфоцитів [20] і CD8+ цитотоксичних Т-лімфоцитів [11, 34]. Останні обробляють інфіковані вірусом нейрони і гліальні клітини ганглію альфа-, бета- і ламбда-інтерферонами, що чинять віростатичну дію і перешкоджають відновленню повноцінної репродукції вірусу. Це так званий інтрагангліонарний імунітет, що опосередковує феномен тривалої латентності вірусу в біологічному резервуарі. Послаблення інтрагангліонарного імунітету, що відзначається при первинних імунodefіцитах або вторинній імуносупресії, є причиною реактивації альфа-герпесвірусів з латентного стану, поновленню їх репродукції всередині нейронів і розповсюдженню сформованих віріонів вздовж нервових відростків на периферію і до центру. Дефіцит інтрагангліонарного імунітету може бути пов'язаним зі зменшенням кількості природних кілерів, природних кілерних Т-лімфоцитів або CD8+ цитотоксичних Т-лімфоцитів у різних комбінаціях, у такому випадку говорять про кількісний клітинний імунodefіцит або лише з послабленням функціональної активності цих клітин та пов'язаним з цим зменшенням продукції доіmunних інтерферонів, що вказує на якісний імунodefіцит. Крім того, дефіцит клітинного імунітету може бути

системним, коли ці порушення стосуються всього організму, і дефіцит кілерних клітин може бути ідентифікований при дослідженні крові, і місцевим, коли порушення імунітету відзначаються тільки в нервових гангліях, а результати досліджень крові відповідають нормативним величинам. Усунення хоча б однієї з клітин із зазначеної тріади, наприклад, природних кілерних Т-лімфоцитів, призводить до втрати контролю над вірусом і розвитку вірус-індукованого некрозу ганглію, як показали Grubor-Bauk B. зі співавт. (рис. 4) [20].

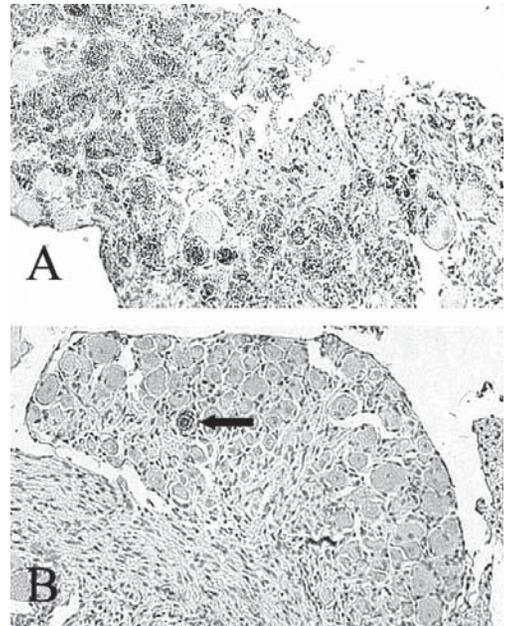


Рис. 4. Некроз нейронів сенсорного ганглію при інокуляції альфа-герпесвірусу мишам, нокаутним за природними кілерними Т-лімфоцитами (А), та збереження цілісності ганглію при інфікуванні здорових мишей (В) (за Grubor-Bauk B.зі співавт.) [26]

Отже, віростатичний ефект альфа-, бета- і ламбда-інтерферонів, що полягає у пригніченні обміну вірусних нуклеїнових кислот, є ключовим компонентом контролю над латентними альфа-герпесвірусами у системі інтрагангліонарного імунітету організму людини. Тому заміщення дефіциту доіmunних інтерферонів, що відзначається у імуноскомпрометованих пацієнтів з часто

рецидивуючою або ускладненою герпесвірусною інфекцією, препаратами альфа-інтерферонів або індукція синтезу ендогенних інтерферонів є важливими стратегіями лікування інфекцій, викликаних альфа-герпесвірусами, що продемонстрували ефективність в контрольованих клінічних дослідженнях як в імунології для лікування вибіркового дефіциту кілерних клітин [18, 24], так і в інфектології при оперізуючому герпесі [13] і гінекології/урології при генітальному герпесі [29].

Інше питання стосується напрямку міграції вірусу вздовж відростків при реактивації в тілі нейрону. Відомо, що в переважній більшості випадків реактивованій вірус рухається саме до периферії, а не в ЦНС вздовж доцентрових волокон. Відповідь полягає у наявності спеціального інтранейронального імунітету всередині відростків нейронів, що прямують до ЦНС (аксонів). Натомість відцентрові нервові волокна (дендрити) не містять такої системи захисту, що призводить до витіснення збудника на периферію і розвантаження ганглію у разі інтрагангліонарної реактивації вірусу. Пацієнти з сімейною дизавтономією є

природно резистентними до альфа-герпесвірусів, оскільки їх периферичні нерви не містять волокон типу С, що використовуються цими вірусами для інтранейрональної міграції [26]. Це єдиний відомий випадок у людей, коли відцентрові периферичні нервові волокна є захищеними від вірусної інвазії. Натомість в доцентрових нервових волокнах, що прямують від чутливих нервових гангліїв до ЦНС, існує інтранейрональний природжений імунітет, представлений каскадною системою Toll-like 3 (TLR-3), яка розпізнає двохспіральну вірусну РНК й індукує при цьому синтез доімуних інтерферонів під час міграції реактивованого вірусу вздовж нервового волокна у напрямку ЦНС (рис. 5). Ця віростатична система, що індукує резистентність до вірусу в центральних нейронах, необхідна для профілактики уражень мозку під час реактивації альфа-герпесвірусів із латентного стану в периферичних нервових гангліях. Встановлено, що пацієнти з природженим дефіцитом TLR-3 або функціонально пов'язаних молекул каскаду є групою ризику щодо розвитку важких форм нейроінфекції, зумовлених альфа-герпесвірусами [16].

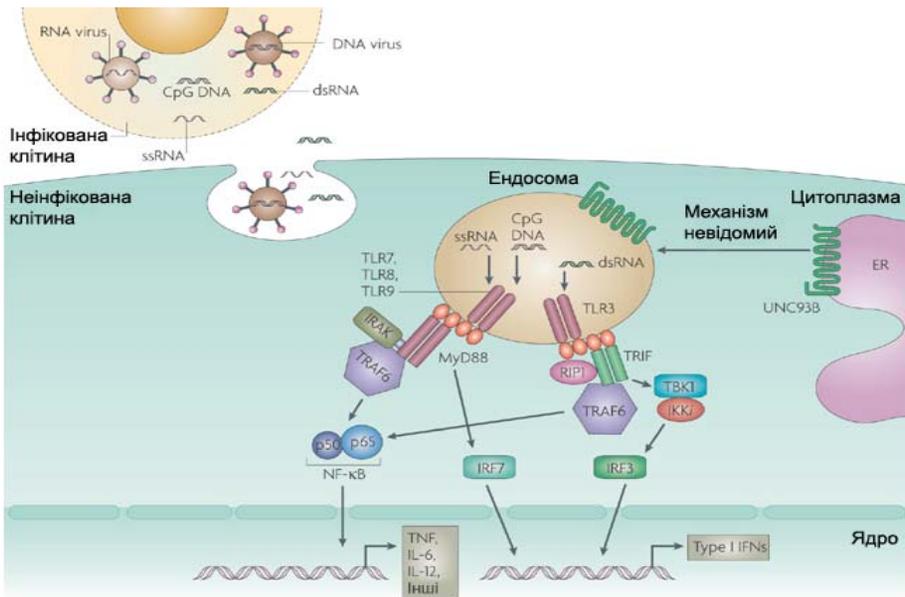


Рис. 5. Система природженого імунітету, опосередкована шаблон-розпізнавальним рецептором TLR-3, що забезпечує контроль над альфа-герпесвірусами в організмі людей (пояснення в тексті)

Zhang S.Y. зі співавт. описали автосомно-домінантний дефіцит молекули TLR-3 у пацієнтів зі скроневим частковим некротично-геморагічним HSV1-енцефалітом. Наразі відомий також автосомно-рецесивний варіант хвороби. Цей шаблон-розпізнавальний рецептор природженого імунітету взаємодіє з двохспіральною вірусною РНК, запускаючи внутрішньоклітинний каскад, що завершується продукцією альфа-, бета- і ламбда-інтерферонів (рис. 3). Останні формують резистентність нейронів ЦНС до вірусу ще до моменту надходження останнього до головного мозку. Цей рецептор критично важливий у контролі поширення патогену з епітелію верхніх дихальних шляхів вздовж краніальних нервів. Крім того, він експресується дендритними клітинами і відіграє провідну роль в індукції адаптивної імунної відповіді до вірусу в цілому. У разі дефіциту TLR-3 збудник безперешкодно здійснює трансольфакторну міграцію в умовах запізнілої продукції доїмунних інтерферонів, що сприяє розвитку клінічно маніфестної нейроінфекції. Такі пацієнти мають знижену резистентність майже виключно до HSV1, враховуючи унікальну властивість цього вірусу до міграції через волокна нюхового і трійчастого нервів, тоді як більшість патогенів потрапляють до нервової системи гематогенним шляхом [39].

Casanova J.L. зі співавт. вивчили представників 51 сім'ї, в якій траплялися неодинокі випадки HSV1-енцефаліту. У восьми із них вони виявили 5 різних мутацій у генах TLR-3 або компонентів внутрішньоклітинного каскаду, що запускається цим шаблон-розпізнавальним рецептором [16]. Guo Y. зі співавт. описали випадки скроневого HSV1-енцефаліту у сім'ях з повним дефіцитом TLR-3. Вони показали, що послаблена продукція доїмунних інтерферонів відзначається у такій ситуації не тільки в ЦНС, але й у лейкоцитах крові [21].

Наразі також продемонстрована причинна роль дефіциту TLR-3 при рецидивуючому герпетичному стоматиті [38] і менінгіті Молларе, викликаному вірусом простого герпесу 2 типу [36].

Casrouge A. зі співавт. повідомили про асоціацію скроневого HSV1-енцефаліту з автосомно-рецесивним дефіцитом молекули UNC-93B, що міститься у ендоплазматичному ретикулумі і функціонально пов'язана з системою TLR-3 [17]. Цей імунodefіцит також проявляється церебральним токсоплазмозом [27].

Sancho-Shimizu V. зі співавт. відкрили асоціацію скроневого HSV1-енцефаліту і автосомно-домінантного або автосомно-рецесивного дефіциту молекули TRIF, що є компонентом каскаду, який запускається TLR-3 або TLR-4. У разі автосомно-рецесивної гомозиготної нонсенс-мутації порушується передача сигналів у TLR-3- і TLR-4-залежних активаційних каскадах, а при гетерозиготній автосомно-домінантній міссенс-мутації, яка призводить до продукції дисфункціонального білку, – не функціонує тільки TLR-3-залежний механізм захисту. Відзначається неповна пенетрантність патологічного гену [33].

Pérez de Diego R. зі співавт. описали у пацієнтів зі скроневим HSV1-енцефалітом автосомно-домінантну мутацію гену TRAF3, що кодує адаптерну молекулу, яка бере участь в активаційному каскаді TLR-3 [30].

Herman M. зі співавт. повідомили про гетерозиготні автосомно-домінантні мутації TBK1 (D50A і G159A) у дітей зі скроневим частковим HSV1-енцефалітом. Цей ген кодує TANK-зв'язуючу кіназу 1, що функціонально пов'язана з TLR-3-залежним механізмом природженого інтранейронального імунітету у доцентрових периферичних нервових волокнах [22].

Якщо порушення інтрагангліонарного клітинного імунітету зумовлює збільшену частоту епізодів реактивації вірусу з його відцентровим поширенням й ураженням шкіри й слизових оболонок у вигляді лабіального, генітального або оперізуючого герпесу, то недостатність інтранейронального (внутрішньоклітинного) TLR-3-опосередкованого природженого імунітету створює спрятливі умови для розвитку індукованих альфа-герпесвірусами менінгітів, енцефалітів, мієлітів й церебральних васкулопатій

внаслідок полегшеної доцентрової міграції збудника з біологічного резервуару [6, 8]. В обох системах ключову роль відіграють альфа-, бета- і ламбда-інтерферони, що володіють віростатичними властивостями. Тому результати ряду подвійних сліпих плацебо-контрольованих рандомізованих клінічних досліджень вказують на користь від замісної терапії альфа-інтерферонами при частих або важких формах альфа-герпесвірусних інфекцій в імуноскомпрометованих пацієнтів [13, 25, 28, 29, 37].

Привабливою перспективою може бути застосування індукторів синтезу ендогенних інтерферонів, які б сприяли довгостроковому відновленню інтерферон-залежних систем інтрагангліонарного і/або інтранейронального імунітету у пацієнтів з рецидивними герпесвірусними ураженнями, а не тільки в тимчасовому заміщенні дефіциту цих цитокінів. Гарним прикладом такого препарату є Оверин (натрію оксодигідроакридинілацетат).

Наразі накопичені докази ефективності застосування Оверину як при герпесвірусних інфекціях, так і при деяких інших інфекційних ураженнях, викликаних інтрацелюлярними патогенами. Результати контрольованого нерандомізованого клінічного дослідження Запольського М.Е. зі співавт. за участю 42 пацієнтів вказують на пришвидшення загоєння герпесвірусних уражень при генітальному герпесі при додаванні до ацикличного аналогу гуанозину індуктору ендогенних інтерферонів Оверину, оскільки в групі контролю усунення герпетичного висипу на 6 добу відбулося лише в 60%, тоді як в досліджуваній групі – в 95,5% випадків. Досягнутий клінічний ефект корелював з імунотропним впливом препарату, що полягав у потенціації клітинного імунітету і фагоцитозу [1]. Копаєнко А.І. зі співавт. в контрольованому нерандомізованому клінічному дослідженні за участю 80 пацієнтів продемонстрували, що додаткове застосування Оверину забезпечує пришвидшення купірування запалення і відновлення втрачених зорових функцій у пацієнтів з передніми увеїтами герпесвірусної етіології [3].

Результати контрольованого нерандомізованого клінічного дослідження Сухіна Л.О., Голубєва К.Є. вказують, що застосування Оверина сприяє пришвидшеній епітелізації рогівки ока при герпетичних кератитах ($8,3 \pm 0,2$ доби у досліджуваній групі проти $12,1 \pm 0,4$ доби в групі контролю; $p < 0,01$). Паралельно відзначалося зростання вмісту секреторного IgA та лізоциму у сльозі, що вказує на посилення місцевого імунітету ока [10]. Дані контрольованого нерандомізованого клінічного дослідження Запольського М.Е. зі співавт. за участю 78 пацієнтів показали зменшення проявів хронічного простатиту, асоційованого з герпесвірусною інфекцією, а саме – дизурії, болю, еректильної дисфункції, при додаванні до стандартної схеми терапії антибіотиками, ацикловіром та НПЗП препарату Оверин [2]. Подольський В.В. зі співавт. в контрольованому нерандомізованому клінічному дослідженні продемонстрували пригнічення вірусу простого герпесу 2 типу, зменшення стромального набряку ендометрію, нормалізацію процесів природного апоптозу, відновлення секреторного апарату ендометрію у жінок з гіперплазією ендометрію і порушенням фертильності, асоційованими з рецидивним генітальним герпесом [9]. Ломоносов К.М. зі співавт. у неконтрольованому клінічному дослідженні засвідчили ефективність Оверину у лікуванні генітального герпесу, гонококової інфекції, кандидозу шкіри і слизових оболонок, хронічних піодермій [4].

Під нашим спостереженням у період з 2010 по 2017 рр. перебувало 127 дорослих пацієнтів з часто рецидивуючим генітальним герпесом (більше 6 епізодів на 1 рік), викликаним вірусом простого герпесу 2 типу (81 жінка і 46 чоловіків), які страждали на системні дефіцити природних кілерів, природних кілерних Т-лімфоцитів і/або CD8+ цитотоксичних Т-клітин (дані проточної лазерної цитофлуорометрії з використанням мічених моноклональних антитіл до CD-маркерів лімфоцитів з подвійною і потрійною міткою; цитометр Epics XL Beckman Coulter, США). Ці дані імунного статусу в

світлі нових відкриттів в царині контролю латентності альфа-герпесвірусів вказували, що причиною частих реактивацій вірусу із сакральних сенсорних нервових гангліїв з формуванням періодичних висипань в ділянці статевих органів була недостатність інтрагангліонарного інтерферон-залежного клітинного імунітету. Тому такі пацієнти проходили подвійну схему терапії, що включала супресивне 6-ти місячне лікування ацикловіром в середньотерапевтичній дозі для пригнічення вірусної активності, що є стандартом лікування згідно з результатами подвійних сліпих пацебо-контрольованих рандомізованих клінічних досліджень [13, 25, 37] і міжнародними протоколами з альфа-герпесвірусних інфекцій, та імунотерапевтичні втручання за допомогою препаратів альфа-інтерферонів людини (стандарт лікування дефіциту кілерних лімфоцитів) та препарату Оверин для імунної реконституції. Метою імунотерапії було відновлення кількості/

функціональної активності клітин-кілерів для покращення інтрагангліонарного імунного контролю над латентним вірусом і зменшення частоти епізодів генітального герпесу в довгостроковій перспективі після відміни ацикличного аналогу гуанозину. 51 пацієнт із 127 отримували ацикловір перорально в комбінації з рекомбінантним альфа2b-інтерфероном в дозі 3 млн. МО в/м через день на ніч протягом кількох суміжних місяців, а інші 76 осіб – додатково препарат Оверин в дозі 2 мл в/м на ніч через день, чергуючи з альфа-інтерфероном, для потенціювання синтезу ендогенних інтерферонів інтрагангліонарними резидентними кілерними лімфоцитами. В обох групах досягнуто відновлення кількості кілерних лімфоцитів в більшості випадків протягом перших 3-4 місяців імунотерапії, однак в групі комбінованої імунотерапії із застосуванням Оверину кількість зазначених лімфоцитів в крові зростала швидше, а ефект післядії тривав довше (рис. 6, 7, 8).

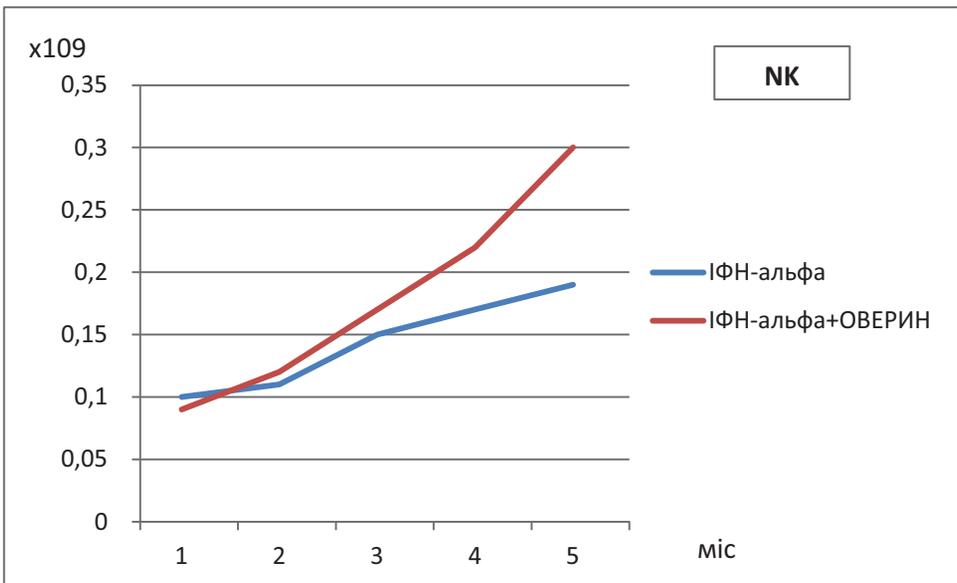


Рис. 6. Динаміка кількості природних кілерів у крові пацієнтів досліджуваної і контрольної груп протягом імунотерапії (власні дані)

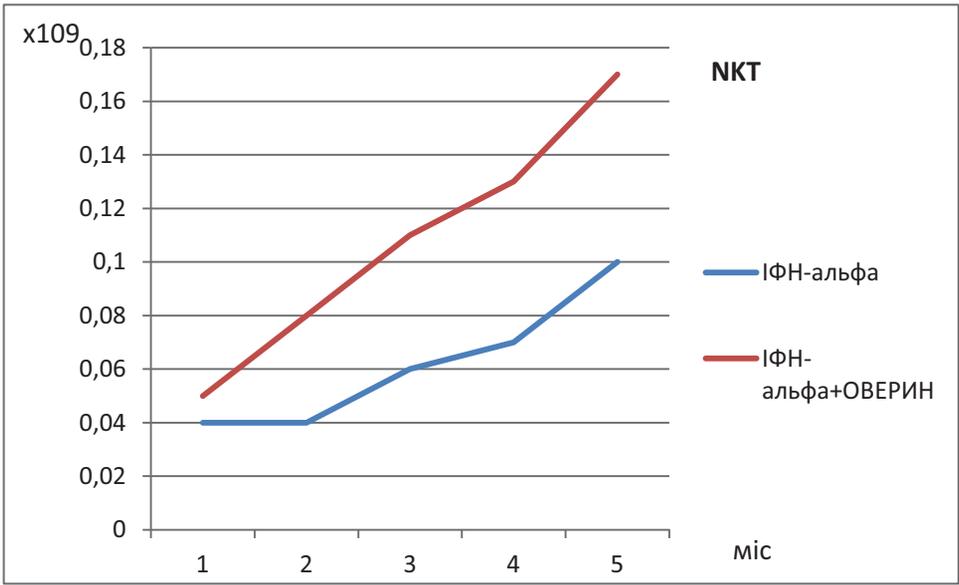


Рис. 7. Динаміка кількості природних кілерних Т-лімфоцитів у крові пацієнтів досліджуваної і контрольної груп протягом імунотерапії (власні дані)

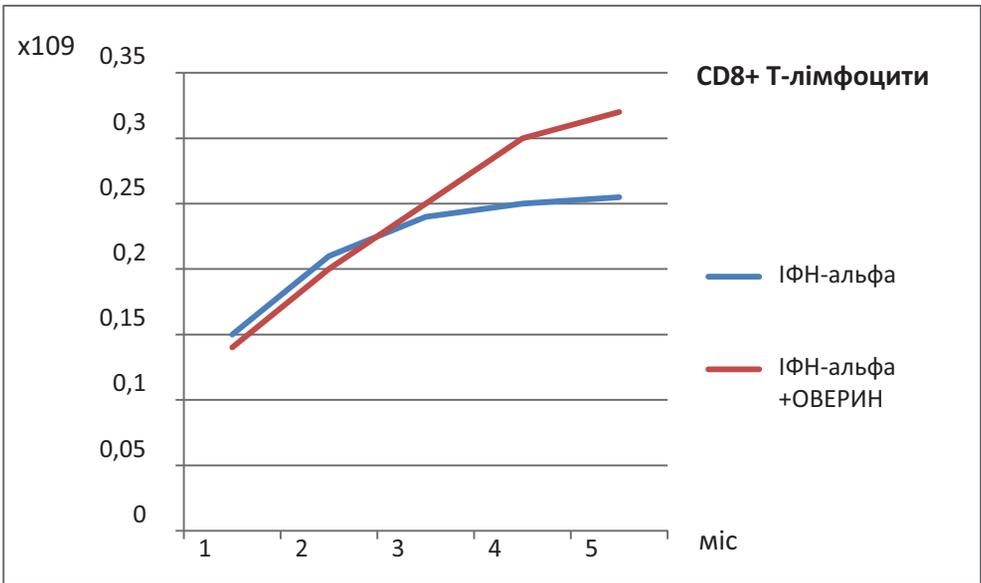


Рис. 8. Динаміка кількості CD8+ цитотоксичних Т-лімфоцитів у крові пацієнтів досліджуваної і контрольної груп протягом імунотерапії (власні дані)

Тому ми вважаємо за доцільне поєднувати стандартну замісну імунотерапію препаратами рекомбінантних альфа-інтерферонів з препаратом, насамперед, Оверином, для отримання швидшого і тривалішого імунотропного ефекту і посилення загальної

ефективності лікування часто рецидивного генітального герпесу у пацієнтів з клітинними імунodefіцитами. Відновлення належного імунного контролю над латентним вірусом простого герпесу 2 типу в сакральних гангліях є запорукою покращення якості

життя пацієнтів за рахунок зменшення кількості рецидивів генітальних герпетичних висипань і профілактики розвитку важких неврологічних ускладнень інфекції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Запольский М.Э., Михайлец О.Г., Гоцуляк О.Л., Запольская Д.М. Комплексная супрессивная терапия герпетической инфекции // *Здоровье мужчины*. – 2017. – № 2(61). – С. 26–28.
2. Запольский М.Э., Фролова А.И., Квитко Л.П. Рецидивирующий генитальный герпес. Роль герпетической инфекции в развитии простатита // *Здоровье мужчины*. – 2013. – № 4(47). – С. 125–128.
3. Копасенко А.И., Жабоедов Г.Д., Иванова Н.В. Особенности клиники и лечения передними эндогенными увеитами вирусной этиологии // *Офтальмология. Восточная Европа*. – 2013. – №1(16). – С. 41–48.
4. Ломоносов К.М., Иванов О.Л., Кладова А.Ю. Неовир в практике дерматовенеролога // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. – 2002. – №2. – С. 30–33.
5. Мальцев Д.В. Дефіцит природних кілерних Т-клітин // *Український медичний часопис*. – 2015. – №1(105). – С. 65–70.
6. Мальцев Д.В., Євтушенко С.К., Горбенко В.Ю. Клініка, діагностика і лікування VZV-васкулопатій церебральних артерій // *Міжнародний неврологічний журнал*. – 2018. – №4. – [очікує опублікування].
7. Мальцев Д.В., Недопако Я.Я. Дефіцит природних кілерів: гетерогенність, клініка, діагностика, лікування, клінічні приклади // *Український медичний часопис*. – 2013. – № 2(94). – С. 129–142.
8. Мальцев Д.В., Соколова Л.І., Горбенко В.Ю. Клінічний випадок попереково-крижового мієліту HSV2-етіології у пацієнта з вибіркоким дефіцитом природних кілерів // *Український неврологічний журнал*. – 2018. – №3. – [очікує опублікування].
9. Подольский В.В., Задорожня Т.Д., Подольский Вл.В. Гиперплазия эндометрия, возникающая на фоне хронических воспалительных заболеваний половых органов при инфицировании вирусом простого герпеса 2 типа, как одна из причин нарушения репродуктивного здоровья у женщин фертильного возраста // *Здоровье женщины*. – 2011. – №10(66). – С. 118–119.
10. Сухина Л.О., Голубев К.Е. Новые подходы к проведению иммунокоррегирующей терапии рецидивирующих герпетических поражений роговицы // *Таврический медико-биологический вестник*. – 2012. – №3(15). – С. 178–180.
11. Adler H., Beland J.L., Del-Pan N.C., Kobzik L. et al. In the absence of T cells, natural killer cells protect from mortality due to HSV-1 encephalitis // *J. Neuroimmunol.* – 1999. – Vol. 93(1-2). – P. 208–213.
12. Ali M.A., Li Q., Fischer E.R. et al. The insulin degrading enzyme binding domain of varicella-zoster virus (VZV) glycoprotein E is important for cell-to-cell spread and VZV infectivity, while a glycoprotein I binding domain is essential for infection // *Virology*. – 2009. – Vol. 386(2). – P. 270–229.
13. Arvin A.M., Kushner J.H., Feldman S. et al. Human leukocyte interferon for the treatment of varicella in children with cancer // *N. Eng. J. Med.* – 1982. – Vol. 306(13). – P. 761–765.
14. Backström E., Chambers B.J., Kristensson K., Ljunggren H.G. Direct NK cell-mediated lysis of syngenic dorsal root ganglia neurons in vitro // *J. Immunol.* – 2000. – Vol. 165(9). – P. 4895–4900.
15. Bastian F.O., Rabson A.S., Yee C.L., Tralka T.S. Herpesvirus hominis: isolation from human trigeminal ganglion // *Science*. – 1972. – Vol. 178(4058). – P. 306–307.
16. Casanova J.L., Tardieu M., Abel L. Genetic predisposition to herpetic meningo-encephalitis in children // *Bull Acad Natl Med.* – 2010. – Vol. 194(6). – P. 915–922.
17. Casrouge A., Zhang S.Y., Eidenschenk C. et al. Herpes simplex virus encephalitis in human UNC-93B deficiency // *Science*. – 2006. – Vol. 314(5797). – P. 308–312.
18. Frederick W.R., Epstein J.S., Gelmann E.P. et al. Viral infections and cell-mediated immunity in immunodeficient homosexual men with Kaposi's sarcoma treated with human lymphoblastoid interferon // *J. Infect. Dis.* – 1985. – Vol. 152(1). – P. 162–170.
19. Gowrishankar K., Steain M., Cunningham A.L. et al. Characterization of the host immune response in human Ganglia after herpes zoster // *J. Virol.* – 2010. – Vol. 84(17). – P. 8861–8870.

-
20. Grubor-Bauk B., Simmons A., Mayrhofer G., Speck P.G. Impaired clearance of herpes simplex virus type 1 from mice lacking CD1d or NKT cells expressing the semivariant V alpha 14-J alpha 281 TCR // *J. Immunol.* – 2003. – Vol. 170(3). – P. 1430–1434.
 21. Guo Y., Audry M., Ciancanelli M. et al. Herpes simplex virus encephalitis in a patient with complete TLR3 deficiency: TLR3 is otherwise redundant in protective immunity // *J. Exp. Med.* – 2011. – Vol. 208(10). – P. 2083–2098.
 22. Herman M., Ciancanelli M., Ou Y.H. et al. Heterozygous TBK1 mutations impair TLR3 immunity and underlie herpes simplex encephalitis of childhood // *J. Exp. Med.* – 2012. – Vol. 209(9). – P. 1567–1582.
 23. Kaner R.J., Baird A., Mansukhani A. et al. Fibroblast growth factor receptor is a portal of cellular entry for herpes simplex virus type 1 // *Science.* – 1990. – Vol. 248(4961). – P. 1410–1413.
 24. Kelly A.P., Schooley R.T., Rubin R.H., Hirsch M.S. Effect of interferon alpha on natural killer cell cytotoxicity in kidney transplant recipients // *Clin. Immunol. Immunopathol.* – 1984. – Vol. 32(1). – P. 20–28.
 25. Liu Y., Wang J., Li S. Clinical trial of recombinant alpha-2a interferon in the treatment of herpes zoster // *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao.* — 1998. — Vol. 20(4). — P. 264–266.
 26. Maayan C., Nimrod A., Morag A., Becker Y. et al. Herpes simplex virus-1 and varicella virus infections in familial dysautonomia patients // *J. Med. Virol.* – 1998. – Vol. 54(3). – P. 158–161.
 27. Melo M.B., Kasperkovitz P., Cerny A. et al. UNC93B1 mediates host resistance to infection with *Toxoplasma gondii* // *PLoS Pathog.* – 2010. – Vol. 6(8). – e1001071.
 28. Mendelson J., Clecner B., Eiley S. Effect of recombinant interferon alpha 2 on clinical course of first episode genital herpes infection and subsequent recurrences // *Genitourin Med.* — 1986. — Vol. 62(2). — P. 97–101.
 29. Merigan T.C., Rand K.H., Pollard R.B. et al. Human leukocyte interferon for the treatment of herpes zoster in patients with cancer // *N. Engl. J. Med.* – 1978. – Vol. 298(18). – P. 981–987.
 30. Pérez de Diego R., Sancho-Shimizu V., Lorenzo L. et al. Human TRAF3 adaptor molecule deficiency leads to impaired Toll-like receptor 3 response and susceptibility to herpes simplex encephalitis // *Immunity.* – 2010. – Vol. 33(3). – P. 400–411.
 31. Reichelt M., Zerboni L., Arvin A.M. Mechanisms of varicella-zoster virus neuropathogenesis in human dorsal root ganglia // *J. Virol.* – 2008. – Vol. 82(8). – P. 3971–3983.
 32. Richter E.R., Dias J.K., Gilbert J.E. 2nd, Atherton S.S. Distribution of herpes simplex virus type 1 and varicella zoster virus in ganglia of the human head and neck // *J. Infect. Dis.* – 2009. – Vol. 200(12). – P. 1901–1906.
 33. Sancho-Shimizu V., Pérez de Diego R., Lorenzo L. et al. Herpes simplex encephalitis in children with autosomal recessive and dominant TRIF deficiency // *J. Clin. Invest.* – 2011. – Vol. 121(12). – P. 4889–4902.
 34. Steain M., Sutherland J.P., Rodriguez M. et al. Analysis of T cell responses during active varicella-zoster virus reactivation in human ganglia // *J. Virol.* – 2014. – Vol. 88(5). – P. 2704–2716.
 35. Steiner I., Kennedy P.G., Pachner A.R. The neurotropic herpes viruses: herpes simplex and varicella-zoster // *Lancet Neurol.* – 2007. – Vol. 6(11). – P. 1015–1028.
 36. Willmann O., Ahmad-Nejad P., Neumaier M. et al. Toll-like receptor 3 immune deficiency may be causative for HSV-2-associated mollaret meningitis // *Eur. Neurol.* – 2010. – Vol. 63(4). – P. 249–251.
 37. Winston D.J., Eron L.J., Ho M., Pazin G., Kessler H., Pottage J.C., Gallagher J., Sartiano G., Ho W.G., Champlin R.E. Recombinant interferon alpha-2a for treatment of herpes zoster in immunosuppressed patients with cancer // *Am. J. Med.* — 1988. — Vol. 85(2). — P. 147–151.
 38. Yang C.A., Raftery M.J., Hamann L. et al. Association of TLR3-hyporesponsiveness and functional TLR3 L412F polymorphism with recurrent herpes labialis // *Hum. Immunol.* – 2012. – Vol. 73(8). – P. 844–851.
 39. Zhang S.Y., Jouanguy E., Ugolini S. et al. TLR3 deficiency in patients with herpes simplex encephalitis // *Science.* – 2007. – Vol. 317(5844). – P. 1522–1527.

РЕЗЮМЕ

НОВЫЕ ОТКРЫТИЯ В МЕХАНИЗМАХ ИНТЕРФЕРОН-ЗАВИСИМОГО КОНТРОЛЯ НАД ЛАТЕНТНЫМИ АЛЬФА-ГЕРПЕСВИРУСАМИ В СЕНСОРНЫХ ГАНГЛИЯХ

Мальцев Д.В.

*Институт экспериментальной и клинической
медицины НМУ имени А.А. Богомольца*

В статье приведены современные данные об интерферон-зависимых механизмах контроля над латентными альфа-герпесвирусами в сенсорных нервных ганглиях. Проанализированы данные о системе интраганглионарного контроля, представленного резидентными естественными киллерами, естественными киллерными Т-лимфоцитами и цитотоксическими Т-клетками, входящими в состав сателлитных клеток нервного узла, и системы интранейрональной защиты, содержащейся в центростремительных волокнах и представленной каскадной системой TLR-3. Приведены результаты оригинального контролируемого клинического исследования по иммунотерапии часто рецидивирующего генитального герпеса у пациентов с избирательными дефицитами естественных киллеров, естественных киллерных Т-клеток и/или цитотоксических Т-лимфоцитов (n = 127). Показано, что добавление Оверина к стандартной иммунотерапии рекомбинантным альфа-интерфероном, обеспечивает более быстрый и выраженный рост количества пораженных киллерных клеток в крови, и связанное с этим уменьшение частоты рецидивов герпетических высыпаний.

Ключевые слова: генитальный герпес, естественные киллеры, Оверин.

SUMMARY

NEW DISCOVERIES IN THE MECHANISMS OF INTERFERON-DEPENDENT CONTROL OF LATENT ALPHA-HERPESVIRUS IN SENSORY GANGLIA AND THE EXPERIENCE OF USING AN INDUCER OF INTERFERON OVERIN FOR THE RESTORATION OF SUCH CONTROL

Maltsev D.V.

*Institute of Experimental and Clinical Medicine,
O. Bogomolets National Medical University*

The article presents modern data on interferon-dependent mechanisms of control of latent alpha herpesvirus in sensory nerve ganglia. There are data on the intraganglion control system presented by resident natural killers, natural killer T-lymphocytes and cytotoxic T-cells that are part of the satellite cells of the nerve node, and the system of intraneuronal defense contained in the centripetal fibers and presented by cascade TLR-3-dependent system. The results of an original controlled clinical study on immunotherapy of often recurrent genital herpes in patients with selective deficiencies of natural killers, natural killer T cells and/or cytotoxic T lymphocytes (n=127) have been analyzed. It is shown that the addition of the interferonogenesis inducer Overin to standard immunotherapy with recombinant alpha interferon provides faster and more pronounced increase in the number of affected killer cells in the blood, and a decrease in the frequency of relapses of herpetic rash.

Key words: genital herpes, natural killer, Overin.

Стаття надійшла до редакції 25.12.2018

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу ceomenshealth@gmail.com

Ю. И. Заседа, Р. И. Соломенный, Ф. Б. Шихалиев

ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИЕЙ АУТОПЛАЗМОЙ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА И НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИЕЙ

Клиника «Мужское Здоровье» г. Киев, Украина

Yu. I. Zaseda, R. I. Solomianyi, F. B. Shykhaliiev

EXPERIENCE OF PREMATURE EJACULATION CORRECTION BY COMBINED THERAPY OF PLATELET-RICH PLASMA AND LOW-INTENSITY SHOCK-WAVE THERAPY

“Man’s health” clinic, Kyiv, Ukraine

Резюме

Актуальность. Преждевременная эякуляция (ПЭ) является наиболее распространенной формой сексуальной дисфункции. По различным эпидемиологическим данным, от 20% до 40% популяции мужчин указывают на ПЭ как на основную причину сексуальной дезадаптации.

Целью исследования является установление эффективности комбинированной терапии ПЭ методами АОТфр-терапии, НЭУВТ и ЛОД-терапии.

Дизайн. Исследование проведено в проспективном дизайне на контингенте 50 пациентов Клиники «Мужское Здоровье», г. Киев, страдающих ПЭ различного генеза с сексуальной дезадаптацией, подпадающие под критерии DSM-IV и МКБ-10.

Результаты исследования. Установлено, что по данным использованного комплекса диагностических инструментов, имеет место достоверное ($p < 0,05$) повышение показателя контроля эякуляции (по данным PEDT, PEP и IPE); снижение частоты эксцессов ПЭ (по данным PEDT); повышение порога эякуляции (по данным PEDT); повышение удовлетворения сексуальным взаимодействием (по данным PEP); повышение сексуального удовлетворения (по данным IPE).

Выводы. При оценке полученных результатов отмечается диссоциация между показателями, свидетельствующими о физиологических изменениях, произошедших вследствие использования терапевтической модели и показателей личного и межличностного дистресса в связи с эякуляцией, что является дериватом психологической стороны проблемы ПЭ со стороны партнёра и требует дополнительного введения техник психологической коррекции последствий проблемы ПЭ в рамках пары.

Ключевые слова: аутоплазма обогащенная тромбоцитарными факторами роста, низкоинтенсивная ударно-волновая терапия, преждевременная эякуляция.

Актуальность. Преждевременная эякуляция (ПЭ) является наиболее распространенной формой сексуальной дисфункции. По различным эпидемиологическим данным, от 20% до 40% популяции мужчин

указывают на ПЭ как на основную причину сексуальной дезадаптации. Причиной столь высокой частоты ПЭ является комбинированный характер патогенеза дисфункции, объединяющий как морфофункциональ-

ные, так и психофизиологические и психологические факторы, что в значительной степени осложняет диагностику и разработку эффективных подходов к терапии [6,7].

Общепринятые модели коррекции ПЭ основаны на нескольких основных подходах: фармакотерапии с назначением селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), базирующейся на гипотезе о регуляторной роли данного нейромедиатора в отношении центральных механизмов процесса эякуляции, а также, что немаловажно, – эффекте препаратов данной группы в отношении психогенных компонентов ПЭ; психотерапевтических техниках, основанных, главным образом, на обучении и тренировке, а также целого ряда инвазивных процедур, основной целью которых выступает денервация тканей полового члена с индукцией парциальной их анестезии [6,7].

Указанный спектр подходов не содержит технологий, основанных на локальной регуляции морфофункционального состояния тканей полового члена, что является перспективным в отношении коррекции приобретенных форм ПЭ, связанных с циркуляторными и метаболическими повреждениями локальных нейронов и рецепторных структур [6].

В данном контексте, целесообразным выступает использование локальных биологических методов терапии, в частности – терапии аутоплазмой обогащенной тромбоцитарными факторами роста (АОТФр). К исследованным эффектам данного метода относится восстановление эндотелиальной оболочки сосудистой стенки, за счет стимуляции клеток-предшественников эндотелия, и регуляция выработки эндотелиальной и нейрональной NO-синтаз, приводящей к стабилизации функционального состояния сосудистой стенки. В рамках данного метода осуществляются сигнальные взаимодействия тромбоцитарных факторов роста с мезенхимальными стволовыми клетками, что позволяет индуцировать тканевую регенерацию в локальных тканях. Сочетание указанных эффектов, за счет вос-

становления микроциркуляторного русла и мезенхимы, позволяет в значительной степени снизить эффекты метаболического и дисциркуляторного повреждения локальных нервных тканей [1-5, 8-10].

В качестве дополнительного метода, наиболее перспективным в рамках сочетания с АОТФр-терапией, выступает физиотерапевтическая процедура низкоинтенсивной ударно-волновой терапии (НЭУВТ), к эффектам которой относится повышение экспрессии фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) и его рецепторов Flt-1, что приводит к неоваскуляризации и соответствующему повышению эффективности локальной гемодинамики. Помимо своего прямого действия, НЭУВТ имеет специфический механизм потенцирования – эффект АОТФр-терапии за счет интракавернозной (и внутритканевой) активации факторов роста, вводимых локально в рамках процедуры АОТФр-терапии, что неоднократно подтверждено в наших предыдущих работах [1-4, 8-10].

Вспомогательно в отношении сочетания АОТФр-терапии и НЭУВТ, возможно использование терапии локально-отрицательным давлением (ЛОД-терапия), целью чего является создание условий для удержания активированной АОТФр в локальных тканях с целью максимизации целевых эффектов [1,5].

Таким образом, для повышения эффективности терапии ПЭ, необходимым является установление эффективности комбинаций АОТФр-терапии, НЭУВТ и ЛОД-терапии, терапевтической нишей которой является неинвазивная патогенетическая коррекция ПЭ.

Цель исследования – установление эффективности комбинированной терапии ПЭ методами АОТФр-терапии, НЭУВТ и ЛОД-терапии.

Материалы и методы: контингент исследования составили 50 пациентов Клиники «Мужское Здоровье», г. Киев, страдающих ПЭ различного генеза с сексуальной дезадаптацией, подпадающие под критерии DSM-IV и МКБ-10. Из исследования были

исключены пациенты, страдающие от ПЭ изолированно-психогенного характера. Гомогенизация контингента исследования проведена по критерию возраста (от 21 до 56 лет).

В исследовании использованы следующие методы:

1) блок клинических опросников:

- «Диагностический инструмент преждевременной эякуляции» (Premature Ejaculation Diagnostic Tool; PEDT), с целью установления степени дисфункции;
- «Профиль преждевременной эякуляции» (Premature Ejaculation Profile; PEP Items), с целью установления характера дисфункции;
- «Индекс преждевременной эякуляции» (Index of Premature Ejaculation; IPE), с целью установления влияния дисфункции на сексуальную адаптацию.

2) стандартный комплекс лабораторных и инструментальных исследований – с целью исключения патологических состояний, препятствующих прохождению лечения.

Исследование проведено в 3 этапа:

1) диагностический – включал установление инициального статуса ПЭ у пациентов (согласно диагностическим инструментам PEDT, PEP и IPE);

2) коррекционный – включал терапию согласно исследуемой модели (Аугментация филлером + АОТФр-терапия + НЭУВТ + ЛОД-терапия);

3) катамнестический – включал повторный цикл исследований (PEDT, PEP и IPE), направленный на установление клинического эффекта исследуемой модели через 90 суток после прохождения курса лечения.

Результаты исследования. Результаты диагностического этапа исследования подтвердили наличие ПЭ в контингенте исследования по данным всех использованных диагностических инструментов. В рамках инициального этапа терапии в контингенте исследования были установлены такие средние показатели структуры ПЭ:

– по данным «Диагностического инструмента преждевременной эякуляции» (оценивается от 1 до 5 баллов, где 1 – худший, а 5 – лучший показатель): контроль эякуляции ($1,9 \pm 0,6$), частота эксцессов ПЭ ($1,9 \pm 0,7$); снижение порога эякуляции ($2,1 \pm 0,7$); ощущение фрустрации ($1,9 \pm 0,6$); недовольство партнёра ($1,7 \pm 0,7$);

– по данным «Профиля преждевременной эякуляции» (оценивается от 1 до 4 баллов, где 1 – худший, а 4 – лучший показатель): контроль эякуляции ($1,6 \pm 0,6$), удовлетворение сексуальным взаимодействием ($1,6 \pm 0,4$), личный дистресс в связи с эякуляцией ($1,5 \pm 0,6$), межличностные нарушения в связи с ПЭ ($1,4 \pm 0,7$);

– по данным «Индекса преждевременной эякуляции» (оценивается от 1 до 5 баллов, где 1 – худший, а 5 – лучший показатель): контроль ($1,6 \pm 0,6$), сексуальная удовлетворенность ($1,8 \pm 0,5$), дистресс ($1,6 \pm 0,6$).

На коррекционном этапе были проведены курс лечения согласно модели. Курс коррекции имел 4 компонента:

- а) Аугментация филлером на основе гиалуроновой кислоты в glandулярную часть полового члена;
- б) АОТФр-терапия: 1 комплекс инъекций в неделю на протяжении 6-и недель в glandулярную часть полового члена;
- в) НЭУВТ: 2 раза в неделю 3000 ударов 7 стандартных зон полового члена, частота 10 Гц, суммарная мощность до 1 мДж/мм² на протяжении 6-и недель (каждая первая еженедельная процедура проводилась сочетанно с процедурами АОТФр-терапии (для интракавернозной активации тромбоцитов), вторая процедура без АОТФр-терапии);
- г) ЛОД-терапия: 2 раза в неделю на протяжении всего курса терапии.

Результаты применения указанной модели представлены в таблице 1.

*Результаты терапии ПЭ моделью
«Введение филлера + АОТФр-терапия + НЭУВТ + ЛОД-терапия»
в начале курса лечения и через 90 суток после его прохождения*

Домены диагностического инструмента	Инициальный этап (1-е сутки)	p*	Катамнестический этап (132-е сутки)
Диагностический инструмент ПЭ (PEDT) 1-5 баллов			
Контроль эякуляции	1,9±0,6	<0,05	3,4±0,6
Частота эксцессов	1,9±0,7	<0,05	3,4±0,5
Снижение порога эякуляции	2,1±0,7	<0,05	3,9±0,6
Ощущение фрустрации	1,9±0,6	>0,05	3,5±0,6
Недовольство партнёра	1,7±0,7	>0,05	2,2±0,6
Профиль ПЭ (PEP) 1-4 балла			
Контроль эякуляции	1,6±0,6	<0,05	2,9±0,6
Удовлетворение сексуальным взаимодействием	1,6±0,4	<0,05	2,8±0,6
Личный дистресс в связи с эякуляцией	1,5±0,6	>0,05	2,4±0,6
Межличностные нарушения в связи с ПЭ	1,4±0,7	>0,05	1,9±0,6
Индекс ПЭ (IPE) 1-5 баллов			
Контроль эякуляции	1,6±0,6	<0,05	3,4±0,7
Сексуальное удовлетворение	1,8±0,5	<0,05	3,1±0,6
Дистресс	1,6±0,6	>0,05	2,7±0,5

* значение p (вероятность статистической ошибки) получено путем расчета t-критерия Стьюдента при сравнении средних величин

Установлено, что по данным использованного комплекса диагностических инструментов, имеет место достоверное ($p < 0,05$) повышение показателя контроля эякуляции (по данным PEDT, PEP и IPE); снижения частоты эксцессов ПЭ (по данным PEDT); повышение порога эякуляции (по данным PEDT); повышение удовлетворения сексуальным взаимодействием (по данным PEP); повышение сексуального удовлетворения (по данным IPE).

Отсутствие значимых эффектов ($p < 0,05$) было отмечено в отношении показателей: ощущение фрустрации (по данным PEDT); недовольство партнёра (по данным PEDT); личный дистресс в связи с эякуляцией (по данным PEP); межличностные нарушения в связи с ПЭ (по данным PEP); дистресс (по данным IPE).

При оценке полученных результатов отмечается диссоциация между показате-

лями, свидетельствующими о физиологических изменениях, произошедших вследствие использования терапевтической модели (снижении плотности рецепторов glandулярной области полового члена (вследствие аугментации филлером), улучшение локальной гемодинамики и восстановление трофики локальных рецепторных структур glandулярной области полового члена, за счет внутритканевой активации тромбоцитарных факторов роста, что привело к повышению способности к контролю эякуляции и повышению порога эякуляции и повышению показателей удовлетворенности половым актом), и показателей личного и межличностного дистресса в связи с эякуляцией, что является дериватом психологической стороны проблемы ПЭ со стороны партнёра и требует дополнительного введения техник психологической коррекции последствий проблемы ПЭ в рамках пары.

Выводы. В ходе анализа эффективности 4-х компонентной терапевтической модели лечения ПЭ (введение филлера + АОТФр-терапия + НЭУВТ + ЛОД-терапия) с оценкой показателей «Диагностического инструмента преждевременной эякуляции» (Premature Ejaculation Diagnostic Tool; PEDT), «Профиля преждевременной эякуляции» (Premature Ejaculation Profile; PEP) и «Индекса преждевременной эякуляции» (Index of Premature Ejaculation; IPE) было установлено, что в катамнестическом периоде (на 90-е сутки после окончания курса терапии), имеет место достоверное ($p < 0,05$) повышение показателей контроля эякуляции (по данным PEDT, PEP и IPE); снижения частоты эксцессов ПЭ (по данным PEDT); повышение

порога эякуляции (по данным PEDT); повышение удовлетворения сексуальным взаимодействием (по данным PEP); повышение сексуального удовлетворения (по данным IPE).

При оценке полученных результатов отмечается диссоциация между показателями, свидетельствующими о физиологических изменениях, произошедших вследствие использования терапевтической модели и показателей личного и межличностного дистресса в связи с эякуляцией, что является дериватом психологической стороны проблемы ПЭ со стороны партнёра и требует дополнительного введения техник психологической коррекции последствий проблемы ПЭ в рамках пары.

ПЕРЕЧЕНЬ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аксьонов П.В., Романюк М.Г., Мироненко В.И. Ударно-хвильова терапія у лікуванні еректильної дисфункції / Здоровье мужчины. – 2017. – №4 (63) – 64-70.
2. Горпинченко И.И. Современное лечение эректильной дисфункции. Использование ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го поколения / Горпинченко И.И. // Здоровье мужчины. – 2013. – № 3 (46). – С. 87–90.
3. Горпинченко І.І. Еректильна дисфункція та пов'язана зі здоров'ям якість життя / І.І. Горпинченко, Д.З. Воробець, П.Л. Свердан // Здоровье мужчины. – 2010. – №1 (32). – С. 54-60.
4. Чалый М.Е., Вилькин Я.Ф., Епифанова М.В. Способ лечения эректильной дисфункции. – Патент на изобретение РФ No 2514639. Москва. 5 марта – 2014. // Бюллетень № 12 от 27.04.2014.
5. Чалый М.Е., Григорян В.А., Епифанова М.В., Краснов А.О. Эффективность интракавернозного введения аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста, в лечении эректильной дисфункции. // Урология. – 2015. – №4 –С. 76-79.
6. Cooper K, Martyn-St James M, Kaltenthaler E, Dickinson K, Cantrell A. Interventions to treat premature ejaculation: a systematic review short report. *Health Technol Assess.* 2015 Mar;19(21):1-180
7. Patrick DL, Giuliano F, Ho KF, Gagnon DD, McNulty P, Rothman M. The Premature Ejaculation Profile: validation of self-reported outcome measures for research and practice. *BJU Int.* 2009 Feb;103(3):358-64.
8. Rizk PJ, Krieger JR, Kohn TP, Pastuszak AW. Low-Intensity Shockwave Therapy for Erectile Dysfunction. *Sex Med Rev.* 2018 Mar 22. pii: S2050-0521(18)30011-8. doi: 10.1016/j.sxmr.2018.01.002. [Epub ahead of print].
9. Matz EL, Pearlman AM, Terlecki RP. Safety and feasibility of platelet rich fibrin matrix injections for treatment of common urologic conditions. *Investig Clin Urol.* 2018 Jan;59(1):61-65.
10. Seabaugh, K. A., Thoresen, M., & Giguère, S. (2017). Extracorporeal Shockwave Therapy Increases Growth Factor Release from Equine Platelet-Rich Plasma In Vitro. *Frontiers in Veterinary Science*, 4, 205.

РЕЗЮМЕ

ДОСВІД КОРЕКЦІЇ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЕЯКУЛЯЦІЇ КОМБІНОВАНОЮ ТЕРАПІЄЮ АУТОПЛАЗМОЮ ЗБАГАЧЕННЮ ТРОМБОЦИТАРНИМИ ФАКТОРАМИ РОСТУ І НИЗЬКОІНТЕНСИВНОЮ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЮ ТЕРАПІЄЮ

Ю. І. Заседа, Р. І. Солом'яний, Ф. Б. Шихалієв
Клініка «Мужское Здоровье» м. Київ, Україна

Актуальність. Передчасна еякуляція (ПЕ) є найбільш поширеною формою сексуальної дисфункції. За різними епідеміологічними даними, від 20% до 40% популяції чоловіків вказують на ПЕ як на основну причину сексуальної дезадаптації.

Метою дослідження є встановлення ефективності комбінованої терапії ПЕ методами АОТФр-терапії, НЕУВТ і ЛОД-терапії.

Дизайн. Дослідження проведено в проспективному дизайні на контингенті 50 пацієнтів Клініки «Мужское здоровье», м. Київ, які страждають на ПЕ різного генезу з сексуальною дезадаптацією та підпадають під критерії DSM-IV і МКБ-10.

Результати дослідження. Встановлено, що за даними використаного комплексу діагностичних інструментів, має місце достовірне ($p < 0,05$) підвищення показника контролю еякуляції (за даними PEDT, PEP і IPE); зниження частоти ексцесів ПЕ (за даними PEDT); підвищення порога еякуляції (за даними PEDT); підвищення задоволення сексуальною взаємодією (за даними PEP); підвищення сексуального задоволення (за даними IPE).

Висновки. При оцінці отриманих результатів відзначається дисоціація між показниками, що свідчать про фізіологічні зміни, які відбулися внаслідок використання терапевтичної моделі і показників особистого та міжособистісного дистресу в зв'язку з еякуляцією, що є похідним психологічної сторони проблеми ПЕ з боку партнера і вимагає додаткового введення технік психологічної корекції наслідків проблеми ПЕ в рамках пари.

Ключові слова: аутоплазма збагачена тромбоцитарними факторами росту, низькоінтенсивна ударно-хвильова терапія, передчасна еякуляція.

SUMMARY

EXPERIENCE OF PREMATURE EJACULATION CORRECTION BY COMBINED THERAPY OF PLATELET-RICH PLASMA AND LOW-INTENSITY SHOCK-WAVE THERAPY

Yu. I. Zaseda, R. I. Solomianyi, F. B. Shykhaliev
"Man's health" clinic, Kyiv, Ukraine

Relevance. Premature ejaculation (PE) is the most common form of sexual dysfunction. According to various epidemiological data, from 20% to 40% of the male population indicate PE as the main cause of sexual maladjustment.

The aim of the study is to establish the effectiveness of combination therapy with PE using the methods of PRP-therapy, LISWT and LNP-therapy.

Design. The study was conducted in a prospective design on a contingent of 50 patients of the Men's Health Clinic in Kiev, suffering from different types of PE with sexual maladjustment, meeting the criteria of DSM-IV and ICD-10.

The results of the study. It was established that according to the data of the used complex of diagnostic tools, takes place a reliable ($p < 0,05$) increase in the indicator of ejaculation control (according to the data of PEDT, PEP and IPE); reduce the frequency of excesses PE (according to PEDT); increased ejaculation threshold (according to PEDT); increased satisfaction with sexual interaction (according to PEP); increase sexual satisfaction (according to IPE).

Conclusions. When evaluating the obtained results, there is a dissociation between the indicators indicating physiological changes resulting from the use of the therapeutic model and indicators of personal and interpersonal distress due to ejaculation, which is a derivative of the psychological side of the PE problem from the partner's side and requires additional introduction of the techniques of psychological correction of the effects of the PE problem within couples.

Key words: platelet-rich plasma, low-intensity shock wave therapy, premature ejaculation.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

- Заседа Юрий Игоревич, д. м. н. Главный врач клиники «Мужское Здоровье» г. Киев. Телефон: +380976500444. E-mail: zaseda@gmail.com.
- Заседа Юрий Игоревич, д. м. н. Головной лікар клініки «Мужское Здоровье» м. Київ. Телефон: +380976500444. E-mail: zaseda@gmail.com.
- Zaseda Yuri Igorevich, MD, Urologist, Andrologist, PhD, Doctor of Science, CMO of Men's Health Clinic, Kiev. Contact number: +380976500444. E-mail: zaseda@gmail.com.

Стаття надійшла до редакції 18.12.2018

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу seomenshealth@gmail.com

Михайлов Б.В., Хаитов Р.П.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АКУБАРОТРАВМЫ ЦНС

Харьковская медицинская академия последиplomного образования

КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И.Мечникова»

Mykhailov B., Khaitov R.

NEUROPHYSIOLOGICAL CONSEQUENCES OF AKUBAROTRAUMA THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Communal Institution "Dnepropetrovsk Regional Clinical Hospital named after I.I. Mechnykov"

Резюме

Представлены результаты комплексной оценки нейрофизиологических нарушений у участников боевых действий вследствие акубаротравмы в остром периоде. Обследовано 126 участников боевых действий с акубаротравмой. По данным ЭЭГ, установлено наличие различного рода нейрофизиологических нарушений у всех пациентов. Проанализирована специфика нарушений, что позволило выделить различные варианты изменений на ЭЭГ.

Общим патогенетическим звеном является нарушения интегративных механизмов головного мозга.

Ключевые слова: *нейрофизиологические нарушения, акубаротравма, ЭЭГ.*

ВВЕДЕНИЕ

В связи с продолжающимися военными действиями на территории Украины, последствия минно-взрывных травматических поражений головного мозга становятся все более актуальной проблемой украинской и мировой медицины. Кроме того, данная патология имеет высокую социальную значимость, что определяется высокой инвалидизацией пострадавших. Травматические, т.е. контузионные (без нарушения целостности черепа) минно-взрывные поражения центральной нервной системы вторые по распространенности после пулевых и осколочных поражений [1, 6]. Такие поражения носят многофакторный характер, что, безусловно, должно приниматься во внимание для определения течения и прогноза болезни, а также в процессе организации терапии и реадaptации участников боевых действий [4, 5, 8]. Большая часть травматических по-

ражений осложнены различной степенью выраженности общемозговых и локальных нарушений, обусловленных наличием патологических состояний центральной нервной системы (ЦНС) [7, 10].

В виду нозологической неспецифичности, нейрофизиологическая оценка поражений остается одним из ведущих направлений диагностики функционального состояния мозга, имеющих прогностическую ценность [3, 9]. Однако, в литературе недостаточно широко освещены вопросы изменений электроэнцефалографии (ЭЭГ) при акубаротравме головного мозга [2, 8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение структурно-типологических особенностей нейрофизиологических нарушений по данным ЭЭГ у участников боевых действий вследствие акубаротравмы в остром периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в течении 2014-2018 гг. на базе психоневрологического отделения КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова». В исследовании были включены 126 участников боевых действий, в анамнезе у которых была документально зафиксированная минно-взрывная травма. Обследуемые – мужчины в возрасте от 23 до 46 лет (средний возраст: $34,28 \pm 0,82$ года).

Пациентам проводились регистрация и анализ электроэнцефалограммы головного мозга с топографическим картированием, которое позволило уточнить нарушения корково-подкорковых взаимоотношений на компьютеризированной системе DX-5000P, унифицированной по европейским стандартам.

Обследование проводилось при первичном осмотре пациента перед началом терапии.

При статистическом анализе применялась программа «Статистика 7.0» с определением среднего значения показателей с вычислением доверительных границ вероятности.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе результатов ЭЭГ картирования было обнаружено, что в 90,48% случаев у пациентов основной группы регистрируется пароксизмальная генерализованная активность (в 32,54% случаев), повышенная судорожная готовность или субклиническая эпилептиформная активность, локализуемая преимущественно в височных, лобно-височных или лобных отделах головного мозга (в 57,94% случаев).

Пароксизмально-очаговые ЭЭГ. Основными признаками являются преобладание параксизмально-высокоамплитудного альфа-ритма ($111,8 \pm 9,3 \mu\text{V}$), «острых» альфа-, бета-волн, или же «острых» комплексов, локализованных в определенных отведениях, т.е. образующих очаг. Как правило, это передневисочные отведения и чаще всего в левом полушарии. Также достаточно часто встречались билатерально-синхронные

вспышки медленных дельта- и тэта-волн преимущественно в лобно-центрально-теменных отведениях.

Пароксизмальные генерализованные ЭЭГ. Регистрируются синхронные вспышки альфа-активности по всем отведениям. Это могут быть высокоамплитудные вспышки, «острые» волны, комплексы «острых» волн высокой амплитуды ($88,3 \pm 6,9 \mu\text{V}$). ЭЭГ-феномены такого типа свидетельствуют о заблокированности восходящих активирующих влияний усилением деятельности таламо-кортикальных синхронизирующих механизмов.

Также диагностированы снижение амплитуды биопотенциалов в диапазонах альфа и тэта ритмов, доминирование медленных ритмов в префронтальных теменно-височных отделах, стирание межполушарной асимметрии, что является косвенным признаком ослабления тонуса коры больших полушарий мозга за счет снижения активности пейсмейкерных механизмов ретикулярной формации. У всех больных высокий процент представленности дельта ритма свидетельствовал о наличии структурно-медиаторных нарушений.

Выявленные типы нейрофизиологических нарушений различной степени выраженности у пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Представленность нейрофизиологических нарушений.

Основные характеристики ЭЭГ	Представленность типа, (%)
Десинхронные низкоамплитудные ЭЭГ	19,84
Гиперсинхронные высокоамплитудные ЭЭГ	11,11
Дезорганизованные десинхронные ЭЭГ	38,89
Дезорганизованные гиперсинхронные ЭЭГ	30,16

Анализ амплитудных мощностных характеристик ЭЭГ и зональных различий, показал следующее.

Десинхронизированные низкоамплитудные ЭЭГ. Характеризуются доминированием одного из медленных ритмов, при этом наблюдается дизритмия (т.е. альфа- $16,7 \pm 4,7 \mu\text{v}$, бета- $15,3 \pm 5,4 \mu\text{v}$, тета- $14,7 \pm 3,7 \mu\text{v}$, дельта- $14,0 \pm 5,2 \mu\text{v}$ ритмы представлены приблизительно одинаково по всем отведениям). При доминировании бета-ритма, чаще всего его плотность превышает норму. При доминировании тэта-, дельта-ритмов чаще всего они ярче выражены в передних лобных и лобных отведениях. Усвоение ритма при ФФС также нечеткое.

Гиперсинхронизированные высокоамплитудные ЭЭГ чаще всего (42,9% случаев) наблюдались с преобладанием альфа-ритма. Основными признаками этого типа являются ведущая роль альфа-ритма ($18,5 \pm 5,1 \mu\text{v}$) по всем отведениям (включая затылочные), субдоминирующим является бета-ритм ($17,3 \pm 4,3 \mu\text{v}$). Эта энцефалограмма является наиболее приближенной к норме, наиболее часто встречается при состояниях психологического напряжения.

Дезорганизованные десинхронные ЭЭГ, или полиритмичные. Основными характеристиками этих ЭЭГ является представленность альфа-ритма такой же амплитуды (или немножко ниже) как в затылочных отведениях, так и в других отделах мозга (чаще всего в передних лобных, лобных, передне-височных). Также могут встречаться альфа-колебания по всем отведениям, с увеличением амплитуды бета-ритма, со снижением его частоты. Зональные различия альфа-ритма в таких случаях снижены или «стерты». Этот тип ЭЭГ чаще всего связан с неоптимальным регулированием гомеостатической функции вегетативного равновесия.

Дезорганизованные гиперсинхронные ЭЭГ с доминированием медленных ритмов. Для этого типа ЭЭГ характерно доминирование высокоамплитудных тета- ($21,5 \pm 4,9 \mu\text{v}$) и дельта- ($13,3 \pm 4,2 \mu\text{v}$) ритмов по всем отведениям. Процент представленности альфа-ритма очень низкий, на ЭЭГ не визуализируется.

Обнаружено, что у обследованных на фоне снижения амплитудных характеристик, имеет место полное стирание топических границ распределения доминирующего ритма, повышена представленность альфа- и тэта-ритмов в лобных отделах, без полушарного акцента. Эти данные свидетельствуют о нарушении механизмов формирования функциональной асимметрии мозга, необходимой для обеспечения интегративной деятельности, об ирритации срединных структур и вовлечении неокортикальных систем в синхронизацию электрической активности мозга. Межполушарная дезинтеграция (МД) диагностирована у 52,38% пациентов. МД проявляется в снижении межполушарной конгерентности электроэнцефалограммы, коррелирует с нарушением когнитивных функций.

В то же время отмечается снижение амплитудных топических различий по всем основным ритмам в среднем до 40% в сравнении с показателями условно здоровых пациентов. Такое снижение мощности частоты спектра ЭЭГ служит показателем снижения физиологической активности мозга при большей сохранности топических распределений функционирования систем мозга.

Полученные данные подтверждают выявленную ранее тенденцию к дезинтеграции адаптивных возможностей мозга, ригидности психических процессов и вовлеченности общемозговых механизмов в патологический процесс. Динамичность соотношения деятельности различных систем мозга, обеспечивающих относительную сохранность лимбико-стволовых компенсаторных механизмов, выражена у представителей этой группы в меньшей степени.

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что различные психопатологические расстройства и психологические девиации у комбатантов этой группы сопровождаются относительными различиями адаптационных возможностей мозга, о чем можно судить по данным ЭЭГ-картирования биоэлектрической активности мозга. Оценка психической деятельности должна про-

водиться с учетом данных биоэлектрической активности мозга, а выявляемые нарушения расцениваются как более легкие и прогностически более благоприятные в случае, если картина ЭЭГ свидетельствует о большей сохранности адаптационных механизмов, о чем говорит преобладание альфа-ритма и отсутствие доминирования медленных ритмов.

Таким образом, проведенные электроэнцефалографические исследования в режиме топографического картирования биопотенциалов мозга позволили выявить следующие особенности. Характерными электроэнцефалографическими показателями являлись снижение средней амплитуды общей биоритмики мозга, снижение коэффициента межполушарной асимметрии, выражающееся в сглаженности зональных различий мозга, нарушении процентного соотношения основных ритмов, преобладание медленных колебаний и снижение процента быстрых ритмов. Значимым фактором являлось нарушение топического распределения основных биологических колебаний мозга, которое свидетельствовало о вовлечении общемозговых механизмов в патологический процесс. Все вышеизложенное свидетельствует о ригидности психических процессов, наличии общемозговых изменений, не достигающих степени выраженных клинических проявлений. Также энцефалографически подтверждалось снижение функциональных возможностей мозга и нарушение адаптивного реагирования.

Тем не менее, следует отметить, что доминирующим ритмом оставался альфа-ритм

с удовлетворительными амплитудными характеристиками. Характерное увеличение плотности медленных электрических колебаний, не превышающих по амплитуде альфа-ритм, является свидетельством функциональной сохранности мозга, с незначительными изменениями, не достигающими уровня дефекта. Это позволяет судить о сохранности анатомо-функционального субстрата эмоционального реагирования, что и обеспечивает формирование скорее различных непсихотических психических расстройств или психологических деформаций и открывает возможности медикаментозной и психотерапевтической коррекции состояния.

Нивелирование физиологической межполушарной асимметрии, топических различий основного ритма отражает ослабление функциональной активности регуляторных стволовых механизмов мозга, что лежит в основе снижения способности его к психической адаптации в ситуации воздействия дополнительных факторов и наличия других поражений.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенного исследования позволили выявить структурно-динамические особенности нейро-когнитивных нарушений у комбатантов вследствие акубаротравмы. Особенности динамики нейрофизиологического функционирования позволяют обеспечить более дифференцированный подход к организации психосоциальных реабилитационных мероприятий для комбатантов с акубаротравмой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / уклад.: Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. та ін. - Харків, 2015. -80 с.
2. Кас Ю.В., Коршняк В.О., Поліщук В.Т. Особливості закритої черепно-мозкової травми, зумовленої вибуховою хвилею, в учасників бойових дій на сході України // Вісник наукових досліджень. — 2015. — № 2. — С. 41-44.
3. Коршняк В.О. Вплив вибухової хвилі на формування неврологічної симптоматики у хворих з бойовою черепно-мозковою травмою – Міжнародний неврологічний журнал. - №5 (83). – 2016. – С. 83-87.
4. Коршняк В.О., Насібуллін Б.А., Коршняк О.В. Реабілітація хворих з віддаленими наслідками закритих черепно-мозкових травм. ІНЖЕК, Харків. - 2004 - 157 с.

5. Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Филатова М.М. (2008) Сотрясение головного мозга: тактика лечения и исходы. Москва, 158 с.
6. Сухоруков В.И., Бонт Ю.В., Привалова Н.Н., Забродина Л.П. Клинико-неврологический, электрофизиологический и нейропсихологический аспект острого периода легкой закрытой черепно-мозговой травмы у комбатантов. / 36. Тез наук. – практ. Конференції за участю міжнародних спеціалістів «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології». Харків. – 2015. – С. 283-286.
7. Garman R.H., Jenkins L.W., Switzer R.C. 3rd et al. Blast exposure in rats with body shielding is characterized primarily by diffuse axonal injury. *J. Neurotrauma*, 2011 - 28(6): pp. 947–959.
8. Fleming S., Ponsford J. Long term outcome after traumatic brain injury // *Br. Med. J.* — 2005. — 331. — 1419-20.
9. Goldstein L.E., Fisher A.M., Tagge C.A. et al. Chronic traumatic encephalopathy in blast-exposed military veterans and a blast neurotrauma mouse model. *Sci. Transl. Med.*, 2012 - 4(134): 134–160.
10. Iverson G.L. Complicated vs. uncomplicated mild traumatic brain injury: acute neuropsychological outcome // *Brain Inj.* — 2006. — 20. — 1335

РЕЗЮМЕ

НЕЙРОФІЗИОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ АКУБАРОТРАВМИ ЦНС

Михайлов Б.В., Хаїтов Р.П.

*Харківська медична академія післядипломної освіти
КУ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім.
І.І.Мечникова»*

Представлені результати комплексної оцінки нейрофізіологічних порушень у учасників бойових дій внаслідок акубаротравми в гострому періоді. Обстежено 126 учасників бойових дій з акубаротравмою. За даними ЕЕГ, встановлено наявність різного роду нейрофізіологічних порушень у всіх пацієнтів. Проаналізовано специфіку порушень, що дозволило виділити різні варіанти змін на ЕЕГ.

Загальною патогенетичною ланкою є порушення інтеграційних механізмів головного мозку.

Ключові слова: *нейрофізіологічні порушення, акубаротравма, ЕЕГ.*

SUMMARY

NEUROPHYSIOLOGICAL CONSEQUENCES OF AKUBAROTRAUMA THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

Mykhailov B., Khaïtov R.

*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education
Communal Institution "Dnepropetrovsk Regional Clinical
Hospital named after I.I. Mechnikov"*

The results of a comprehensive assessment of neurophysiological disorders in combatants due to akubarotrauma are presented in the acute period. 126 combat participants were examined, the presence of various kinds of neurophysiological disorders was detected in all patients. Analyzed the specifics of violations.

Key words: *neurophysiological disorders, akubarotrauma, EEG.*

Авторська довідка:

- Михайлов Борис Володимирович - завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти – д.мед.н., професор
- Поштова адреса: 61103, м. Харків, пров. Балакірева, 5, ХКЛ ЗТ, №1 філіал «ЦОЗ» ПАТ «Укрзалізниці».
- тел. 063-52-61-413,
- E-mail: psychotherapy@med.edu.ua

Стаття надійшла до редакції 30.12.2018

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу ceomenshealth@gmail.com

Ю. И. Заседа, Р. И. Соломенный, Ф. Б. Шихалиев

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ «ЦЕФПОТЕК» И «КЛАБЕЛ» В ЛЕЧЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Клиника «Мужское Здоровье» г. Киев, Украина

Yu. I. Zaseda, R. I. Solomianyi, F. B. Shykhaliiev

THE ANALYSIS OF EFFICACY OF "CEFPOTEC" AND "CLABEL" PREPARATIONS IN TREATMENT OF SPECIFIC AND NONSPECIFIC PROSTATITIS

"Man's health" clinic, Kyiv, Ukraine

Резюме

Цель исследования: установление эффективности препаратов Цефпотек (цефподоксим) и Клабел (klarитромицин) в терапии хронического воспаления предстательной железы в стадии выраженного обострения, вызванного неспецифическими инфекционными агентами и инфекциями группы тусорlаstа и chlamydia.

Материалы и методы. Исследование проведено в проспективном дизайне на параллельных группах. Контингент исследования составили 60 пациентов ТОВ «Клиника «Мужское Здоровье», страдающих хроническим простатитом, в стадии выраженного обострения. В качестве методов исследования были использованы: сонографическое исследование предстательной железы, бактериологический посев эякулята, анализ секрета простаты и ПЦР-диагностика специфических инфекций.

Результаты исследования. Проведен дифференцированный курс этиотропной терапии. При неспецифическом простатите: пероральное назначения препарата «Цефпотек» по 1 таблетке (200 mg) 2 раза в сутки в рамках курса продолжительностью 14 суток с возможностью продления курса до 28 суток. При специфическом простатите: пероральное назначения препарата «Клабел» (klarитромицин) по 1 таблетке (500 mg) 2 раза в сутки в рамках курса продолжительностью 14 суток.

Выводы. При терапии хронического воспаления предстательной железы в стадии выраженного обострения, вызванного неспецифическими инфекционными агентами с использованием перорального назначения препарата «Цефпотек», полная эффективность была достигнута в диапазоне от 83,3% до 96,6%. При терапии хронического воспаления предстательной железы в стадии выраженного обострения, вызванного инфекционными агентами группы тусорlаstа и chlamydia с использованием перорального назначения препарата «Клабел», полная эффективность была достигнута в диапазоне от 80,0% до 86,6% наблюдений (вне зависимости от особенностей сочетаний специфической микст-инфекции).

Ключевые слова: простатит, микст-инфекция, антибиотикотерапия, микопlasма, хламидия.

Актуальность. Воспалительные заболевания предстательной железы и уrogenитального тракта являются наиболее распространенной причиной обращения пациентов за специализированной урологической помощью. Несмотря на все возрастающий мировой опыт клинических интервенций и исследований, направленных на оптимизацию

стратегий терапии патологии данного спектра, эффективность лечения демонстрирует значительные индивидуальные флуктуации, объясняющиеся общими для всего спектра инфекционной патологии факторами. К таковым относятся, прежде всего, микст-инфекции с формированием агонистических отношений между возбудителями и искус-

ственный отбор инфекционных агентов резистентных к рутинным фармакотерапевтическим средствам [2, 3, 6, 7, 8].

Указанные факторы приводят к значительным затруднениям в проведении краткосрочных амбулаторных курсов терапии воспалительных заболеваний урогенитального тракта, в рамках которых не предусматривается комплексное исследование и установление биологических характеристик возбудителя, что создает проблему уже организационного характера – невозможности эффективной терапии данного класса пациентов в рамках первичного звена медицинской помощи [6, 7, 8].

С другой стороны, в настоящий момент большое распространение получили неспецифические формы воспалительных заболеваний урогенитального тракта, развивающиеся вследствие присоединения инфекционных агентов, часто – условно-патогенного характера к уже существующим хроническим патологическим состояниям, что относится, прежде всего, к патологии предстательной железы, частота которой в популяции мужчин репродуктивного возраста достигает, по данным различных эпидемиологических исследований, 6-10%. Дополнительно подобные случаи могут отягощаться активацией супрессированных микробных внутриклеточных агентов, традиционно рассматриваемых в контексте заболеваний, передающихся половым путем – *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* и *Chlamydia trachomatis*, а также рутинных грибковых агентов, в частности – *Candida spp* [1, 3, 4, 5, 8].

Микст-инфекции, формирующиеся в данном модусе, несмотря на ординарный характер каждого из инфекционных агентов, их достаточную изученность и высокую частоту встречаемости, составляют значительные затруднения в терапии, прежде всего в силу сложности подбора подходящей терапии, которые были бы доступны вне специализированных центров стационарного лечения.

Цель исследования: установление эффективности препаратов Цефпотек

(цефподоксим) и Клабел (klarитромицин) в терапии хронического воспаления предстательной железы в стадии выраженного обострения, вызванного неспецифическими инфекционными агентами и инфекциями группы *Mycoplasma* и *Chlamydia*.

Дизайн исследования. Исследование проведено в проспективном дизайне на параллельных группах. Контингент исследования составили 60 пациентов ТОВ «Клиника «Мужское Здоровье», страдающих хроническим простатитом, в стадии выраженного обострения. Контингент сформирован на основании установления инфекционного агента и его биологических характеристик и разделен на 2 группы:

- первая группа (Г1): 30 пациентов страдающих хроническим простатитом неспецифической этиологии в стадии выраженного обострения с доказанной чувствительностью к цефподоксиму;
- вторая группа (Г2): 30 пациентов страдающих хроническим простатитом ассоциированным с инфекционными агентами группы *Mycoplasma* и *Chlamydia* в стадии выраженного обострения с доказанной чувствительностью к кларитромицину.

Исследование проведено в 3 этапа:

- 1) диагностический – включал набор пациентов и проведение инициального комплекса лабораторных исследований, направленных на подтверждение диагноза и установление биологических характеристик возбудителя, в том числе и антибиотикорезистентности, на основании чего было проведено распределение пациентов на группы исследования;
- 2) терапевтический – включал проведение курса лечения пациентов в группах исследования с целевым использованием препаратов «Цефпотек» в Г1 и «Клабел» в Г2;
- 3) обсервационный – включал оценку эффективности проведенного курса терапии на основании клинических данных и повторного цикла лабораторных исследований.

Результаты исследования. На первом этапе был проведен комплекс лабораторных исследований, который включал:

- сонографическое исследование предстательной железы: с целью оценки степени и характера патологии предстательной железы, исключения нецелевых форм патологии и подтверждения клинического диагноза лежащего в основе формирования контингента исследования;
- анализ секрета простаты для установления наличия маркеров воспаления.
- бактериальный посев эякулята на условно-патогенную микрофлору и

Candida spp., с определением антибиотикочувствительности, проведенный с целью формирования групп исследования;

- ПЦР-диагностика основных возбудителей заболеваний, передающихся половым путём, в том числе инфекционных агентов *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, и *Chlamydia trachomatis* с целью исключения нецелевой патологии и формирования групп исследования.

По результатам этапа были сформированы группы исследования (табл. 1.)

Таблица 1

Характер инфекционных агентов в группах исследования

Критерий	Г1 (N=30)	Г2 (N=30)
Антибиотикочувствительность	цефподоксим	klarитромицин
Неспецифическая микробная флора	30	12
<i>Mycoplasma genitalium</i>	–	6
<i>Mycoplasma homini</i>	–	9
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	–	7
<i>Chlamydia trachomatis</i>	–	11
<i>Candida</i> spp.	7	6

На терапевтическом этапе исследования, на фоне специализированной урологической физиотерапии, был проведен дифференцированный курс этиотропной терапии.

В Г1: пероральное назначения препарата «Цефпотек» (Нобель) по 1 таблетке (200 mg) 2 раза в сутки в рамках курса продолжительностью 14 суток с возможностью продления курса до 28 суток.

В Г2: пероральное назначения препарата «Клабел» по 1 таблетке (500 mg) 2 раза в сутки в рамках курса продолжительностью 14 суток.

Пациенты с признаками ассоциированного с *Candida* spp. поражения дистальных отделов урогенитального тракта (баланопостит) или при подтверждении наличия в

эякуляте мицелия инфекционных агентов данной группы, получали дополнительно препарат «Фунит» перорально по 1 капсуле (100 mg) в сутки в рамках курса продолжительностью 14 суток; при установлении ассоциированной с возбудителем патологии у партнера – «Фунит» перорально 2 капсулы (200 mg) 2 раза в сутки однократно в первый день терапии. Итраконазол (Фунит) действует на типичную и атипичную кандиду, которая часто является спутником хронического воспалительного процесса.

На обсервационном этапе исследования был проведен анализ клинической и лабораторной эффективности терапевтических моделей в группах.

Критериями клинического выздоровления были установлены:

- ликвидация региональных болевых синдромов (тазового, поясничного, пахового, ректального, локально-абдоминального);
- ликвидация дизурии и никтурии;
- снижение выраженности общих симптомов (слабость, головные боли и пр.).

Критериями лабораторного выздоровления были установлены:

- отсутствие возбудителя при бактериологическом исследовании эякулята;
- отсутствие маркеров воспаления при микроскопическом исследовании эякулята (значимое наличие лейкоцитов в поле зрения);

- отсутствие маркеров воспаления при рутинном анализе мочи (значимая лейкоцитурия);
- условная нормализация показателей анализа крови (лейкоцитарная формула, С-реактивный белок, СОЭ);
- условная нормализация показателей сонографического исследования предстательной железы;
- отрицательный результат при повторном проведении ПЦР.

Таким образом, результаты терапевтического этапа исследования терапевтических моделей представлены в табл. 2.

Таблица 2

Соответствие критериям клинического и лабораторного выздоровления в группах по окончанию терапевтического этапа исследования

Критерий	Г1 (N=30)	Г2 (N=30)
Критерии клинического выздоровления		
ликвидация региональных болевых синдромов	29	23
ликвидация дизурии и никтурии	29	26
снижение выраженности общих симптомов	21	25
Критерии лабораторного выздоровления		
отсутствие возбудителя при исследовании эякулята	28	24
отсутствие маркеров воспаления при исследовании эякулята	25	24
отсутствие маркеров воспаления при рутинном анализе мочи	30	30
условная нормализация показателей анализа крови	30	30
условная нормализация показателей сонографии	22	17
отрицательный результат при повторном проведении ПЦР	–	26

Далее приведен анализ эффективности терапевтических моделей.

В Г1 клиническое выздоровление по критериям ликвидация регионарных болевых синдромов, дизурии и никтурии было достигнуто у 29 пациентов (96,6% группы). Общие симптомы, ассоциированные с перенесенной интоксикацией и прочими факторами, психологическим стрессом и прочими) были нормализованы у 21 пациента (80% группы).

Лабораторное выздоровление по основным критериям: отсутствие возбудителя

при исследовании эякулята было достигнуто у 28 (93,3%), отсутствие маркеров воспаления при исследовании эякулята было достигнуто у 25 (83,3%) пациентов. По косвенным критериям (отсутствие маркеров воспаления при рутинном анализе мочи, условная нормализация показателей анализа крови) – у всех пациентов группы. Условная нормализация показателей сонографического исследования предстательной железы имела место у 22 пациентов (73,3% группы), что может быть объяснено невозможностью четкого разграничения пропор-

ции остаточных явлений инфекционного воздействия и фонового патологического процесса данным методом. Отрицательная реакция ПЦР в данной группе считалась не валидной в виду неспецифического характера инфекционного агента.

В Г2 клиническое выздоровление по субъективным критериям (ликвидация регионарных болевых синдромов было достигнуто у 23 (76,6%), дизурии и никтурии было достигнуто у 26 (86,6%) пациентов. Общие симптомы были нормализованы у 25 пациентов (83,3% группы). Большой эффект в Г2 по сравнению с Г1 в отношении последнего показателя объясняется меньшим инициальным влиянием специфических возбудителей на общее состояние.

Лабораторное выздоровление по основным критериям: отсутствие возбудителя при исследовании эякулята было достигнуто у 24 (80,0%), отсутствие маркеров воспаления при исследовании эякулята у 24 (80,0%) пациентов. По косвенным критериям (отсутствие маркеров воспаления при рутинном анализе мочи, условная нормализация показателей анализа крови), так же, как и в Г1 – у всех пациентов группы. Условная нормализация показателей сонографического исследования предстательной железы имела место у 17 пациентов (56,6% группы), что может быть объяснено более стойким характером воздействия специфических возбудителей на морфологические структуры простаты. Отрицательная реакция ПЦР была отмечена у 26 пациентов (86,6% группы), что является информативным показателем в отношении специфических инфекционных агентов.

Таким образом, общая эффективность терапевтических моделей в Г1 рассматривается в диапазоне от 83,3% до 96,6%, в Г2 – от 80,0% до 86,6% (вне зависимости от особенностей сочетаний специфической микст-инфекции).

Выводы. На основании анализа эффективности фармакологических препаратов «Цефпотек» и «Клабел» в терапии хронического воспаления предстатель-

ной железы в стадии выраженного обострения, вызванного неспецифическими инфекционными агентами и инфекциями *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, и *Chlamydia trachomatis*, были установлены показатели клинического и лабораторного выздоровления в контингенте исследования. Для терапии хронического простатита, вызванного внутриклеточными возбудителями, был выбран кларитромицин фармацевтической компании Нобель «Клабел», т.к. он сочетает в себе высокое качество и оптимальную цену. Кларитромицин активно действует на типичные и атипичные возбудители, а также разрушает матрикс бактериальных биопленок, что способствует проникновению кларитромицина в бактерии и позволяет ему активно работать при хронических процессах.

При терапии хронического воспаления предстательной железы в стадии выраженного обострения, вызванного неспецифическими инфекционными агентами с использованием перорального назначения препарата «Цефпотек» (Нобель) по 1 таблетке (200 мг) 2 раза в сутки в рамках курса продолжительностью 14 суток с возможностью продления курса до 28 суток, полная эффективность была достигнута в диапазоне от 83,3% до 96,6% наблюдений. Хотелось бы отметить хорошую переносимость терапии Цефпотек, с его минимальным влиянием на микрофлору кишечника, благодаря технологии «prodrug».

При терапии хронического воспаления предстательной железы в стадии выраженного обострения, вызванного инфекционными агентами группы *Mycoplasma* и *Chlamydia* с использованием перорального назначения препарата «Клабел» (кларитромицин) по 1 таблетке (500 мг) 2 раза в сутки в рамках курса продолжительностью 14 суток, полная эффективность была достигнута в диапазоне от 80,0% до 86,6% наблюдений (вне зависимости от особенностей сочетаний специфической микст-инфекции).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Bisschop M.P. et al. Co-treatment of the male partner in vaginal candidosis: a double-blind randomized control study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1986, 93 (1): 79-81.
2. Coker TJ, Dierfeldt DM. Acute Bacterial Prostatitis: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2016 Jan 15;93(2):114-20.
3. Gill BC, Shoskes DA. Bacterial prostatitis. *Curr Opin Infect Dis*. 2016 Feb;29(1):86-91.
4. Krieger JN, Ross SO, Limaye AP, Riley DE. Inconsistent localization of gram-positive bacteria to prostate-specific specimens from patients with chronic prostatitis. *Urology*. 2005 Oct. 66 (4):721-5.
5. Magri V, Perletti G, Montanari E, Marras E, Chiaffarino F, Parazzini F. Chronic prostatitis and erectile dysfunction: results from a cross-sectional study. *Arch Ital Urol Androl*. 2008 Dec. 80(4):172-5.
6. Pontari MA. Etiology of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: psychoimmunoneuroendocrine dysfunction (PINE syndrome) or just a really bad infection?. *World J Urol*. 2013 Apr 12.
7. Wiygul RD. Prostatitis: epidemiology of inflammation. *Curr Urol Rep*. 2005 Jul. 6(4):282-9.
8. Горпинченко І. І., Литвинець Є. А., Сандурський О. П. та ін. Діагностика хронічного простатиту: сучасні реалії та проблеми // *Здоров'я чоловіка*. 2014. № 1. С. 105–110.

РЕЗЮМЕ

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТІВ «ЦЕФПОТЕК» ТА «КЛАБЕЛ» У ЛІКУВАННІ СПЕЦИФІЧНОГО ТА НЕСПЕЦИФІЧНОГО ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ

Ю. І. Засєда, Р. І. Солом'яний, Ф. Б. Шихалієв

Мета дослідження: встановлення ефективності препаратів «Цефпотек» (цефподоксим) і «Клабел» (кларитроміцин) в терапії хронічного запалення передміхурової залози в стадії вираженого загострення, викликаного неспецифічними інфекційними агентами і інфекціями групи *Mycoplasma* і *Chlamydia*.

Матеріали та методи. Дослідження проведено в проспективному дизайні на паралельних групах. Контингент дослідження склали 60 пацієнтів ТОВ «Клініка «Мужское Здоровье», які страждають на хронічний простатит, в стадії вираженого загострення. В якості методів дослідження були використані: сонографічне дослідження передміхурової залози, бактеріологічний посів еякуляту, аналіз секрету простати і ПЛР-діагностика специфічних інфекцій.

Результати дослідження. Проведено диференційований курс етіотропної терапії. При неспецифічному простатиті: пероральне призначення препарату «Цефпотек» по 1 таблетці (200 мг) 2 рази на добу в рамках курсу тривалістю 14 днів з можливістю продовження курсу до 28 днів. При специфічному простатиті: пероральне призначення препарату «Клабел» (кларитроміцин) по 1 таблетці (500 мг) 2 рази на добу в рамках курсу тривалістю 14 днів.

Висновки. При терапії хронічного запалення передміхурової залози в стадії вираженого загострення, викликаного неспецифічними інфекційними агентами з використанням перорального призначення препарату «Цефпотек», повна ефективність була досягнута в діапазоні від 83,3% до 96,6% спостережень. При

терапії хронічного запалення передміхурової залози в стадії вираженого загострення, викликаного інфекційними агентами групи *Mycoplasma* і *Chlamydia* з використанням перорального призначення препарату «Клабел», повна ефективність була досягнута в діапазоні від 80,0% до 86,6% спостережень (незалежно від особливостей сполучень специфічної мікст-інфекції).

Ключові слова: простатит, мікст-інфекція, антибіотикотерапія, мікоплазма, хламідія.

SUMMARY

THE ANALYSIS OF EFFICACY OF "CEFPOTEC" AND "CLABEL" PREPARATIONS IN TREATMENT OF SPECIFIC AND NONSPECIFIC PROSTATITIS

Yu. I. Zaseda, R. I. Solomianyi, F. B. Shykhaliyev

Objective: to establish the effectiveness of Cefpotek (cef-podoxime) and Clabel (clarithromycin) drugs in the treatment of chronic prostate inflammation in the stage of pronounced exacerbation caused by nonspecific infectious agents and infections of the mycoplasma and chlamydia groups.

Materials and methods. The study was conducted in a prospective design on parallel groups. The study contingent consisted of 60 patients of the "Men's Health Clinic", suffering from chronic prostatitis in state of pronounced exacerbation. The following research methods were used: sonographic examination of the prostate gland, bacteriological examination of the ejaculate, analysis of ejaculate and PCR diagnostics of specific infections.

The results of the study. A differentiated course of etiotropic therapy was carried out. In case of non-specific prostatitis: oral administration of the drug "Cefpotek" (cef-podoxim) 1 tablet (200 mg) 2 times a day for a course of 14 days with the possibility of extending the course to 28 days. With specific prostatitis: oral administration of the drug "Clabel"

(clarithromycin) 1 tablet (500 mg) 2 times a day for a course of 14 days.

Conclusions. In the treatment of chronic inflammation of the prostate gland in the stage of pronounced exacerbation caused by nonspecific infectious agents using oral administration of the drug "Cefpotek", the full effectiveness was achieved in range from 83.3% to 96.6% of observations. In the treatment of chronic inflammation of the prostate

gland in the stage of pronounced exacerbation caused by infectious agents of the mycoplasma and chlamydia groups using oral administration of the drug "Clabel", the full effectiveness was achieved in the range from 80.0% to 86.6% of observations (regardless of features of combinations of specific mixed infections).

Key words: prostatitis, mixed infection, antibiotic therapy, mycoplasma, chlamydia.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

- Заседа Юрий Игоревич, д. м. н. Главный врач клиники «Мужское Здоровье» г. Киев. Телефон: +380976500444. E-mail: zasieda@gmail.com.
- Заседа Юрий Игоревич, д. м. н. Головний лікар клініки «Мужское Здоровье» м. Київ. Телефон: +380976500444. E-mail: zasieda@gmail.com.
- Zaseda Yuri Igorevich. MD, Urologist, Andrologist, PhD, Doctor of Science, CMO of Men's Health Clinic, Kiev. Contact number: +380976500444. E-mail: zasieda@gmail.com.

Стаття надійшла до редакції 30.12.2018

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу seomenshealth@gmail.com

Романова И. В.

ПСИХОТЕРАПИЯ СУПРУГОВ ПОСЛЕ СЛУЧАЕВ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Кафедра психотерапии

Romanova I.V.

PSYCHOTHERAPY OF HUSBANDS AFTER CASES OF DOMESTIC VIOLENCE

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education, Department of psychotherapy

Kharkiv, Ukraine

Резюме

Цель исследования – на основе изучения психопатологической феноменологии, системного подхода выявления супружеской дезадаптации разработать комплексную систему психотерапии невротических расстройств у женщин, пострадавших от домашнего насилия, а также выработать принципы психокоррекционной работы с домашними агрессорами, учитывая выявленные психопатологические изменения их личности.

Материалы и методы. Нами были обследованы с 2008 по 2018 гг. 50 супружеских пар, в которых происходило домашнее насилие, супруги были в возрасте 20-53 лет г. Харькова и Харьковской области, пострадавших от физического, психологического насилия, сексуального насилия, у которых были выявлены невротические расстройства и психологические расстройства адаптации. В 1 группе вмешательства проводилась психотерапия и психокоррекция 50 женщинам, пострадавшим от домашнего насилия. Во 2 подгруппе психокоррекционная программа проводилась 12 мужчинам, которые совершили домашнее насилие в обследованных семьях. Экспериментально- психологическое исследование включало структурированное диагностическое интервью пациента и следующие шкалы тревоги и тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, личностного опросника Н.Ж.Еузенк по определению уровня нейротизма, определения стиля поведения в конфликтной ситуации К.Томаса, шкала определения депрессии Гамильтона, тест дифференциальной самооценки функционального состояния САН. Результаты. В результате проведенного исследования приведены данные обследования супругов, как пострадавших от домашнего насилия, так и агрессоров, совершивших домашнее насилие, выявлены клинко-психопатологические особенности этих контингентов лиц, разработана и проведена комплексная программа психотерапии невротических и психологических расстройств по принципам конгруэнтности выявленных психопатологических нарушений, типам супружеской дезадаптация, а также последовательности, этапности.

Выводы. Разработанный нами курс психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий позволил восстановить у супругов, пострадавших от домашнего насилия, семейную и социально-психологическую адаптации, осуществить вторичную психопрофилактику формирования невротических и соматоформных расстройств и подтвердил, что эффективной такая психотерапевтическая работа становится, когда помощь оказывается не только пострадавшим от насилия, но и агрессорам, лицам, совершившим домашнее насилие. Такая парадигма способствует улучшению микросоциальных условий в семье, что предупреждает повторения рецидивов домашнего насилия.

Ключевые слова: *психотерапия, супружеская дезадаптация, пострадавшие от насилия, агрессоры, домашнее насилие, невротические расстройства*

В последнее десятилетие в Украине становится все более актуальной проблема имплементации и реализации психологической и медицинской модели медико-социальной и психотерапевтической помощи супругам, пострадавшим от домашнего насилия, а также коррекционные программы для домашних агрессоров. По данным МВД ежедневно фиксируется 348 фактов домашнего насилия в Украине, и в 80 % случаев пострадавшими становятся женщины [1]. По данным Министерства социальной политики Украины всего по Украине в 2016 году зафиксировано 96 143 обращений о случаях домашнего насилия [1]. Согласно данным Института демографии и социальных исследований в 2017 году, ежегодно около 1,1 миллиона украинских женщин становятся пострадавшими от физического и сексуального видов домашнего насилия [2]. Актуальность психотерапевтического сопровождения супругов, пострадавших от домашнего насилия особенно обострились в течении последних пяти лет вооруженного конфликта на востоке Украины. Семьи временно перемещенных лиц (ВПЛ), стали подавляющим контингентом семей, на котором негативно сказались последствия вооруженных конфликтов. Домашнее насилие как над женщинами, так над мужчинами имело различные виды и формы, но в результате выявляется психологическая и социальная семейная дезадаптация, серьезный ущерб для здоровья, стойкое снижение качества жизни, супружеская дезадаптация [3]. Согласно ст. 3 Стамбульской Конвенции Совета Европы: «насилие в отношении женщин – это нарушение прав человека и форма дискриминации в отношении женщин и означает все акты насилия в отношении женщин по гендерному признаку, результатом которых является или может быть физическое, сексуальное, психологическое или экономический ущерб или страдания в отношении женщин, в том числе угрозы таких действий, принуждение или произвольное лишение свободы, независимо от того, происходит ли это в публичном или частном жизни».[2]

Согласно данным приютов-шелтеров для пострадавших от домашнего насилия в Украине, а также данным мобильных бригад социально-психологической помощи к домашнему насилию приводит комплекс причин, обусловленных особенностями личности и поведения домашних агрессоров: таких как усвоенный и вновь реализованный сценарий взаимоотношений родительской семьи как «социальная эстафета», в котором чаще отец проявлял насилие по отношению к матери; мужчина сам страдал в детстве от насилия родителей или буллинга сверстников [5, 6, 7]. Агрессор в семье также выявлял зачастую высокий уровень тревожности по поводу своего авторитета и доминирующего положения в семье; наличие традиционного представления о доминирующем положении мужчины в семье на другими членами; уверенность мужчины, что женщина имеет потребность быть «слабой» и «беззащитной» [8].

Все вышеизложенное послужило обоснованием нашего исследования, целью которого было: на основании изучения психопатологической феноменологии, системного подхода выявления супружеской дезадаптации разработать комплексную систему психотерапии невротических расстройств у женщин, пострадавших от домашнего насилия, а также выработать принципы психокоррекционной работы с домашними агрессорами, учитывая выявленные психопатологические изменения их личности.

Нами были обследованы с 2008 по 2018 гг. 50 супружеских пар г.Харькова и Харьковской области после случаев домашнего насилия, пострадавших от физического, психологического, сексуального насилия, у которых были выявлены невротические расстройства и психологические расстройства адаптации. Средний возраст супругов был в промежутке 20-53 лет. Все обследованные были распределены на 2 группы. Основную группу составили 50 семей, контрольную -20. Основная группа (62 человека) была разделена на 2 подгруппы. В 1-ой подгруппе проводилась психотерапия и психокоррекция 50 женщинам, пострадавшим от домаш-

него насилия . Из них 42% женщин перенесли физическое насилие в виде -легких и средней тяжести телесных повреждений, 100% – психологическое насилие в виде унижения, угроз, шантажа и оскорблений, 3%-экономическое насилие, 2% сексуальное насилие или сексуальные домогательства. Во 2-ой подгруппе психокоррекционная программа проводилась 12 мужчинам, которые совершили домашнее насилие в обследованных семьях. Контрольную группу составили 20 семей, у членов которых не было выявлено психогенных расстройств и супружеской дезадаптации.

Методы исследования: проведенное экспериментально-психологическое исследование включало; тест определения уровня реактивной и личностной тревожности шкалы С.Д.Spielberger - Ханина; личностного опросника Н.Ж.Ейсенк по определению уровня нейротизма, определения стиля поведения в конфликтной ситуации К.Томаса, шкала определения депрессии Гамильтона, тест дифференциальной самооценки функционального состояния САН.

У женщин, пострадавших от домашнего насилия, были выявлены психопатологические изменения личности не только в виде формирования виктимных черт характера, но и в виде формирования повышенной конфликтности, появления симптомов раздражительности, вспыльчивости, гневливости, который чаще всего они изливали или на предметы, или на более слабых членов семьи, пожилых родственников. У 3-х женщин (5%) 1 подгруппы выявлена склонность

к аутоагрессии в виде самопорезов. К «пассивному» типу реагирования на домашнее насилие можно было отнести характерологические особенности жен, которые были наоборот пассивно подчиняемы, не могли отстаивать свои интересы и интересы своих детей, у жен формировалась психологическая зависимость от общения с агрессором, чувство жалости к агрессору, собственной вины за происходящее домашнее насилие. При этом неизбежно нарушалась коммуникация и конструктивное общение с членами семьи, снижалась самооценка жен и детей. Вследствие этого женщине трудно было добиться уважения окружающих, успеха, завоевать авторитет в коллективе, нарастала социальная изоляция и дезадаптация- было затруднено общение с родственниками, отсутствовали близкие друзья. Жены, пострадавшие от насилия, с низкой самооценкой переживали чувство вины, стыда. Для них были характерны постоянная убежденность в собственной неполноценности, невозможности изменить сложную жизненную ситуацию и сформировать новые сценарии коммуникации с домашним агрессором .

Анализ показателей экспериментально- психологического исследования и эмоционального состояния теста Айзенка у женщин первой подгруппы показал, что у последних чаще диагностировались низкие показатели настроения (+26,3%), выявлен высокий уровень нейротизма (36,14±3,91) и средний уровень нейротизма (35,04±6,79 (p<0,001) (см.табл.1)

Таблица 1

Распределение уровня нейротизма у женщин, перенесших насилие (согласно данным теста Айзенка)

Уровень нейротизма	Основная группа (n=50)	контрольная группа (n=20)
низкий	19,67±7,27	46,59±7,91
средний	35,04±6,79	32,90±7,62
высокий	36,14±3,91	15,38±5,78
очень высокий	9,13±3,53	-

По шкале С.Д. Spielberger – Ханина у женщин первой подгруппы была выявлена высокая реактивная тревога(+39,5%) и

личностная (+42,7%) ($p < 0,001$) тревожность. (см. табл 2).

Таблица 2

Распределение уровней реактивной тревоги и личностной тревожности у обследованных 1-ой и 2-ой подгрупп

Уровень тревожности	Первая подгруппа женщины (n=50)		Вторая подгруппа мужчины (n=12)		Контрольная группа (n=20)	
	абс	%±m	абс	%±m	абс	%±m
Реактивная тревога						
Низкий	17	34,33±1,16	4	34,33±2,10-	12	60,11±1,15
Умеренный	13	26,44±1,17	6	50,75±1,85	6	30,04±2,11
Высокий	20	39,23±3,39	2	14,92±2,17	2	9,85±1,25
Личностная тревожность						
Низкий	13	26,75±0,13	8	66,66±2,18	9	45,02±3,51
Умеренный	15	30,54±2,19	3	25,10±1,19	11	54,98±2,22
Высокий	22	42,71±3,91	1	8,24±1,39	-	-

Психологическое консультирование в первой подгруппе решало задачи разрешения трудностей жизненной ситуации пострадавшей женщины через приобретения ею чувства контроля над собой и своим поведением, четкого определения актуальных жизненных проблем, создание условий для выражения сильных эмоций пострадавшей. В процессе психологического консультирования зачастую у пострадавших актуализировались эмоциональные переживания в виде стойкого снижения настроения, тревоги, конфронтации, депрессивных реакций, раздражительности и стыда. В течении психотерапевтического процесса характерными реакциями пострадавших женщин было блокирование переживаний и выражения эмоций, отказ от деятельности, застревание и ригидность на одном процессе реагирования- горя или печали, чрезмерно переживания чувства вины за произошедшее с ней, навязчивые воспоминания, мысли и разговоры о психотравме и семейном конфликте.

В фокусе семейной психотерапии были возможности адаптации членов семьи, привлечении женщин и членов семьи к выражению своих эмоций и переживаний, акцентировании на сильных качествах

личности членов семьи, формировании новых возможностей коммуникации членов семьи, анализе перспектив, определение планов семьи, профилактики рецидивов домашнего насилия, контроле агрессивного поведения членов семьи. Важно было наличие суппортивного социального окружения друзей, родственников, коллег для того, чтобы пострадавшая с психогенными расстройствами справилась с тяжелыми переживаниями. Однако нами было отмечена большая эффективность психотерапии обоих супругов, когда агрессор активно включался и был лично мотивирован и заинтересован в психокоррекционной помощи.

На начальном этапе семейной психотерапии было сформировано правильное и позитивное отношения к психотерапевтическому процессу у членов семьи, создание мотивации к участию желательно у всех членов семьи, оговаривались правила и сеттинг семейной психотерапии. На этапе диагностики семейных отношений определялся тип дисгармоничных отношений, устанавливались причинно-следственные связи между психологическими особенностями и реакциями членов семьи или в партнерских отношениях, определялись какие

функции семьи были нарушены и нуждаются в реконструкции. На основном этапе реконструкции семейных ролей проводился анализ семейных границ, ролей, мыслей, переживаний обоих супругов. Техника ролевого тренинга, «обмен ролями» помогала восстановить и увеличить доверие членов семьи. Использовалась обратная связь для того, чтобы супруги и другие члены семьи научились слушать и чувствовать друг друга, учитывать интересы друг друга. На поддерживающем этапе проводился анализ перспектив, составление планов семьи, профилактика рецидивов домашнего насилия. В психотерапевтическом процессе специалисту важно было проявлять нейтральность, конфиденциальность, толерантность, выражая только то отношение и эмпатию, которое помогло супругам проявить открытость и ощутить себя в безопасности и состоянии самоконтроля. Также специалисту, проводящему психотерапию супругам после случаев домашнего насилия, необходимо было проходить супервизию для профилактики синдрома выгорания.

В результате проведенной психотерапии и психокоррекции у 96% женщин редуцировались симптомы невротических и соматоформных расстройств, было отмечено улучшение самочувствия женщин, повышение самооценки пострадавших женщин, также повышение уверенности в себе, улучшился психологический климат в 41 семье, что составило (90%) случаев подгрупп вмешательства. В анамнезе в течение 3 лет рецидивы психологического и физического насилия над женщинами повторились только в 3 семьях, где супруги имели алкогольную и другие формы зависимостей.

Выводы: комплексный интегративный подход к психотерапии супругов, пострадавших от домашнего насилия, представляется нам эффективным и требующий внимания в системе медицинско-социальной и психологической помощи семьям. Разработанный нами курс психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий позволил восстановить у супругов, пострадавших от домашнего насилия, семейную

и социально-психологическую адаптацию, осуществить вторичную психопрофилактику формирования невротических и соматоформных расстройств. Наши практические наработки достаточно убедительно подтвердили, что эффективной такая психотерапевтическая работа становится, когда помощь оказывается не только пострадавшим от насилия, но и агрессорам, лицам, совершившим домашнее насилие. Такая парадигма способствует улучшению микросоциальных условий в семье, что предупреждает повторения рецидивов домашнего насилия. Разработка эффективных мероприятий психопрофилактики и помощи не только жертвам насилия, но и агрессорам, улучшение социально-экономических показателей семей будут способствовать снижению роста домашнего и других видов насилия и улучшению качества жизни супругов, снижению риска развития невротических расстройств у членов таких семей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Щорічна доповідь Уповноваженого з прав людини Верховної Ради України про стан додержання та захисту прав і свобод і прав людини і громадянина в Україні 2017р. – [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws>
2. Конвенція Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами та Пояснювальна доповідь. – Рада Європи, 2014. – С.13. – [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://rm.coe.int/1680093d9e>
3. Медична допомога учасникам бойових дій / навч. посібник за ред. О.М.Хвисюк, В.Г.Марченко, Михайлов Б.В. – Харків, 2017. – 445 с.
4. Бенеш Л. Психологическая характеристика мужского насилия // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – №3, Москва, 1995. – С.68-70
5. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Общие принципы оценки опасности лиц с психической патологией и предупреждения общественно опасных действий. // Агрессия и психическое здоровье. Санкт-Петербург.: Юридический центр Пресс, 2002. – с. 394-400.

6. *Насиліе в семье : особенности психологической реабилитации.* / Под ред. Н.М.Платоновой, Ю.П.Платонова. – Санкт-Петербург: Речь, 2004. – 154с.
7. *Онишко Ю.В.Сучасні аспекти проблеми насильства в сім'ї та допомоги його жертвам //Архів психіатрії. – 2002. – №1(28). – С.13-15.*
8. *Максименко С.Д., Коваль І.А., Максименко К.С., Папуча М.В. Медична психологія / За редакцією С.Д.Максименка. Підручник. –Вінниця:Нова Книга, 2008.–520с.*
9. *В.В. Кристаль, С.Р. Григорян Сексологія. – Москва: ПЕР СЕ, 2002.-879с.*
10. *Blacklock N. Domestic violence: perpetrators, the community and its institutions // Advances in Psychiatric Treatment. – 2001. – V.7 – P.65-72.*
11. *Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.*

хпатологічні особливості цих контингентів осіб, розроблена і проведена комплексна програма психотерапії невротичних і психологічних розладів за принципами конгруентності виявлених психопатологічних порушень, типам подружньої дезадаптації, а також послідовності, етапності.

Висновки. Розроблений нами курс психотерапевтичних і психокорекційних заходів дозволив відновити у подружжя, які постраждали від домашнього насильства, сімейну та соціально-психологічну адаптацію, здійснити вторинну психопрофілактику формування невротичних і соматоформних розладів і підтвердив, що ефективною такою психотерапевтичною роботою стає, коли допомога надається не тільки постраждалим від насильства, а й агресорам, особам, які вчинили домашнє насильство. Така парадигма сприяє поліпшенню мікросоціальних умов в сім'ї, що попереджає повторення рецидивів домашнього насильства.

Ключові слова: психотерапія, подружня дезадаптація, постраждали від насильства, агресори, домашнє насильство, невротичні розлади

РЕЗЮМЕ

ПСИХОТЕРАПІЯ ПОДРУЖЖА ПІСЛЯ ВИПАДКІВ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

Романова І.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії

Мета дослідження - на основі вивчення психопатологічної феноменології, системного підходу виявлення подружньої дезадаптації розробити комплексну систему психотерапії невротичних розладів у жінок, які постраждали від домашнього насильства, а також виробити принципи психокорекційної роботи з домашніми агресорами, з огляду на виявлені психопатологічні зміни їх особистості.

Матеріали і методи. Нами були обстежені з 2008 по 2018 рр. 50 сімей, в яких відбувалося домашнє насильство, подружжя були у віці 20-53 років із м.Харкова та Харківської області, які постраждали від фізичного, психологічного насильства, сексуального насильства, у яких були виявлені невротичні розлади і психологічні розлади адаптації. В 1-й групі втручання проводилася психотерапія і психокорекція 50 жінкам, постраждалим від домашнього насильства. У 2-й підгрупі психокорекційна програма проводилася 12 чоловікам, які вчинили домашнє насильство. Експериментально психологічне дослідження включало структуроване діагностичне інтерв'ю пацієнта і наступні шкали тривожки і тривожності Ч. Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханіна, особистісного опитувальника Н.Д.Ейсенка за визначенням рівня нейротизму, визначення стилю поведінки в конфліктній ситуації К. Томаса, шкала визначення депресії Гамільтона, тест диференціальної самооцінки функціонального стану САН.

Результати. В результаті проведеного дослідження наведені дані обстеження подружжя, як постраждалих від домашнього насильства, так і агресорів, які вчинили домашнє насильство, виявлені клініко-пси-

SUMMARY

PSYCHOTHERAPY OF HUSBANDS AFTER CASES OF DOMESTIC VIOLENCE

Romanova I.V.

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education, Department of psychotherapy Kharkiv, Ukraine

The purpose of the study is to develop a comprehensive psychotherapy system for neurotic disorders in women affected by domestic violence, as well as to develop principles for psycho-correction work with home aggressors, taking into account the identified psychopathological changes in their personality.

Materials and methods. We surveyed from 2008 to 2018 50 families in which domestic violence occurred, the spouses were between the ages of 20-53 years from Kharkov and the Kharkiv region, who suffered from physical, psychological and sexual abuse, who had neurotic disorders and psychological disorders.

In the first group, psychotherapy and psycho-correction were conducted for 50 women who were subjected to domestic violence. At 2 d group psycho-correction program was carried out 12 men, allegedly initiated domestic violence. Experimentally psychological analysis included the structure of the diagnostic context of the patient and the tests of the anxiety of Ch. D. Spilberger - Yu.L. Hanin, H.J.Eysenck's special test for attitudes to neuroticism, test attributed to their behavioral style in the context of K. Thomas, the scale of attribution to the Depression of Gamilton, a test of differential self-functioning functionalism.

Results. The results of the observations of families, both victims of domestic violence and aggressors, who committed domestic violence, are presented, the clinical and psychopathological features of these groups of individuals are identified, a comprehensive psychotherapy program of neurotic and psychological disorders based on the principles of congruence of revealed psychopathological disor-

ders, and types of husband's disadaptation, also sequence phasing.

Conclusions. The course of psychotherapeutic and psycho-correction measures developed by us allowed to restore the spouses who suffered from domestic violence, family and social-psychological adaptation, to implement secondary psychoprophylaxis for the formation of neurotic and somatoform disorders, and confirmed that effective such psychotherapeutic work becomes when assistance is provided not only to the victims of violence, but also aggressors, people who have committed domestic violence. Such a paradigm contributes to the improvement

of microsocial conditions in the family, which prevents the recurrence of domestic violence.

Keywords: psychotherapy, husband's disadaptation, victims of violence, aggressors, domestic violence, neurotic disorders

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

- Романова Ирина Васильевна – доцент, к.м.н., кафедра психотерапии ХМАПО,
- Адрес: 61146, ул. Блюхера, д.25, кв.40, Харьков, Украина
- Т.р.(057) 349-44-23, моб.067-572-30-09,
- victimhelp@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 30.12.2018

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу seomenshealth@gmail.com

АВТОРАМ ЖУРНАЛЬНИХ ПУБЛІКАЦІЙ

Ми просимо уважно вивчити всі наведені нижче типові положення. Ретельне дотримання цих вимог значно скоротить правку авторського тексту у всіх його елементах, полегшить Вашу і нашу роботу, прискорить публікацію Ваших матеріалів. Наші вимоги поступово будуть наближатись до міжнародних відповідних рекомендацій.

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Всі статті повинні бути оригінальними, а рукописи узгоджені з усіма авторами. Попередня публікація наданих матеріалів в будь-якому виданні, як в цілому, так і частково, за виключенням оформлення у вигляді тез, не допускається. Також ці матеріали не повинні подаватися до друку в інші видання і передруковуватися в цілому або частково без письмового дозволу видавництва.

Якщо в роботі використовуються ілюстрації, таблиці та інші матеріали, що були опубліковані іншими дослідниками, автору необхідно подати дозвіл на їх публікацію.

Матеріал, надісланий для публікації, повинен мати експертне заключення. Мова статей українська, російська або англійська.

Рукописи будуть прийматись на розгляд рецензентами та видавниками. Рукописи, які мають потребу в значних змінах в процесі рецензування, будуть повернені авторам для доробки.

Редакція не несе відповідальності за допущені авторами помилки.

Якщо редакція вважає, що у статті є прихована реклама, вона залишає за собою право скласти з автором угоду на додаткову оплату. Обсяг статей необмежений, але редакція залишає за собою право на скорочення матеріалу при обсязі більше 20 сторінок машинопису чи його розміщення в кількох номерах журналу.

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРІВ

Стаття до редакції подається у 2-х примірниках з 2 наборами ілюстрацій, з текстом, надрукованим через 2 інтервали на одному боці

стандартного листа А4 (210x 197 мм) з полями по 3 см з усіх боків. Нумерувати всі сторінки рукопису необхідно послідовно, починаючи з титульного аркуша.

1. Титульний аркуш.

Назва (великими літерами), повне ім'я (імена) авторів, назва установи, де виконана робота, та її точна поштова адреса, повна адреса автора, якому буде надсилатись кореспонденція. При бажанні — телефон/факс для спілкування.

Якщо Ви готуєте матеріал на комп'ютері, просимо робити це на CD-диску, вказавши назву та версію текстового редактора (бажано **Win Word 2000** та **XP**). Ілюстрації, розроблені на комп'ютері, приймаються в TIFF форматі з роздільною здатністю 300 dpi. Додатково до CD-диску повинен обов'язково надсилатись друкований матеріал статті.

2. УДК

3. Резюме. Кожна стаття повинна мати резюме, яке складається з наступних розділів - Мета роботи, Матеріали і методи, Результати, Висновки. Рукописи супроводжуються резюме українською, російською та англійською мовами. Всі резюме повинні мати переклад назви статті, прізвища автора (авторів), назви установи.

4. Текст статті, враховуючи міжнародні вимоги оформлення (для коротких повідомлень (менше 5 стор.) - необов'язково), повинен мати наступну схему викладення:

Вступ, Матеріали та методи, Результати, Обговорення, Література.

Вступ — повинен відображати суть дослідження і пояснювати його актуальність.

Матеріали та методи — містять суттєві деталі, в тому числі описання проведеного експериментального дослідження, методи статистичного обчислювання результатів.

Результати — в них треба відобразити основні дані, що були отримані в результаті проведеного дослідження. Результати не повинні містити обговорення отриманих даних.

Обговорення та висновки — не повинно бути повторення розділу Результати, а представити отримані дані в більш широкому вигляді з використанням робіт інших авторів на цю тему.

Література — всі джерела літератури, на які робляться посилання в тексті статті (повинні бути надруковані в [] дужках), мають бути надані в списку літератури послідовно, як вони зустрічаються в тексті статті. Приклади оформлення списку літератури наводимо нижче згідно вимог ВАКу (див. Бюлетень ВАК України. 2008. №3).

Список літератури:

Приклади оформлення

Монографії (один, два або три автори)

Суберляк О. В. *Технологія переробки композиційних матеріалів: підруч. для студ. вищ. навч. закл.* / О. В. Суберляк, П. І. Баштан. - Львів: Растр-7, 2007. - 375 с.

П'ять та більше авторів

Формування здорового способу життя: навч.-метод. посіб. для працівників соц.служб/ [Т. В. Бондар, О. Г. Карпенко, та ін.]- К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2005.- 115 с. - (Серія «Здоровий спосіб життя»: у 14 кн., кн. 13).

Колективний автор

Проблеми типологічної та квантитативної лексикології: [зб.наук.праць / наук. ред. Каліущенко В. та ін.]. - Чернівці: Рута, 2007. - 310 с.

Багатотомні видання

Кучерявенко Н.Л. *Курс налогового права: Особенная часть: в 6 Т. / Н.Л. Кучерявенко.-Х. Право, 2002.-Т.4:Косвенные налоги.-2007.-534с.*

Перекладні видання

Акофф Р. Л. *Идеализированное проектирование/ Акофф Р.Л.; пер.с англ. Ф.Л.Тарасенко. - Днепропетровск: Баланс Бизнес Букс, 2007. — XLIII, 265 с.*

Стандарти

Якість води.Словник термінів:ДСТУ ISO 6107-1:2004-ДСТУ ISO 6107-9:2004.- [Чинний від 2005-04-01].-К.: Держспоживстандарт України,2006.-IV,231 с.-[Національний стандарт України].

Збірки наукових праць

Социологическое исследование малых групп населения /В. И. Иванов [и др.] ; М-во образования Рос. Федерации, Финансовая академия. - М., 2002. - 110 с. - Деп. в ВИНТИ 13.06.02, № 145432.

Складові частини книги

Козіна Ж. Л. *Теоретичні основи практичного застосування системного аналізу в наукових дослідженнях в області спортивних ігор / Ж. Л. Козіна // Теорія та методика фізичного виховання. - 2007. - № 6. - С.15-18.*

Тези доповідей

Оцінка ресурсу елементів конструкцій: праці конф., 6-9 черв. 2000 р., Київ. Т. 2 / відп. Ред. В. Т. Трощенко. — К.: НАН України, Ін-т пробл. міцності, 2000. - С. 559-956, XIII, [2] с. - (Ресурс 2000).

Таблиці та ілюстрації

Нумеруються арабськими цифрами і виконуються на окремих листках. Таблиці повинні мати заголовки, а графіки, малюнки і мікрофотокартки — підписи, виконані на окремому аркуші (аркушах), які чітко відображують суть ілюстрації. Якщо в тексті приведено збільшення об'єкта, то його необхідно приводити в дужках, наприклад (x500), а в кінці надпису — «...волокна x 46000». Для передрукування мікрофотокарток необхідні оригінальні, хорошої якості фотокартки; негативи та фотокопії на використовуються. На звороті кожної ілюстрації вкажіть її номер, імена авторів і верхній та нижній краї. Графіки та малюнки повинні бути надані у вигляді чітких глянцевих фотокарток або виконані на окремому аркуші. Розміщення в тексті відповідної ілюстрації вкажіть на лівому полі в квадраті з номером ілюстрації.

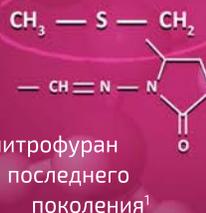
Хімічні формули

Всі хімічні формули та схеми з них вписують від руки пастою чорного кольору. Хімічні формули публікації (крім найпростіших, типу HCl, H2SO4) і схеми реакцій нумерують арабськими цифрами в дужках і подають після кінця абзацу з посиланням на них. Порядкові номери одиничних формул пропонують під формулою, номери схем — на правому краї формату.

Статті, оформлення яких не відповідає вказаним правилам, повертатимуться авторам без розгляду редакції.

МАКМИРОР

нифуратель, таб. 200 мг



АБСОЛЮТНАЯ УВЕРЕННОСТЬ В ПОБЕДЕ НАД ЦИСТИТОМ!²

- Быстрейшее купирование клинических симптомов цистита³
- Профилактика рецидивов⁴
- Восстановление биоценоза кишечника⁵

6-9
лет

9-12
лет

12 лет и
взрослые



Краткая характеристика лекарственного средства МАКМИРОР таблетки, покрытые оболочкой. Р.С. № UA/5045/01/01, приказ МЗ Украины № 7 от 05.01.2017 г.
Состав: 1 таблетка содержит нифуратель 200 мг. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые оболочкой. **Показания:** Вульвовагинальные инфекции, вызванные чувствительными к препарату возбудителями (патогенными микроорганизмами, трихомонадами, грибами, дрожжами, хламидиями, грибами рода Candida). Заболевания мочеполовой системы (цистит, уретрит, пиелонефрит, пиелит). **Противопоказания:** известная индивидуальная повышенная чувствительность к действующему веществу или к другим компонентам препарата. **Способ применения и дозы.** Вульвовагинальные инфекции. Взрослые: 1 таблетка 3 раза в сутки после еды для лечения и еще партнера при возможности. Для местного лечения использовать 1 таблетку нифурател, капсулы вагинальные или нифурател комплекс, крем вагинальный. **Важно!** Пациенты, которые используют для лечения 3 таблетки, необходимо увеличить дозу до 4-х таблеток в сутки. Необходимо воздержаться от сексуальных контактов во время лечения, в другом случае необходимо использовать Макмирор комплекс, крем вагинальный перед каждым половым актом. **Дети от 10 лет и старше:** рекомендованная доза составляет 10 мг на кг в сутки, разделенная на 2 приема. Принимать препарат после еды. Длительность лечения составляет в среднем 10 дней. **Инфекции мочевыводящих путей.** Взрослые: рекомендованная доза препарата зависит от тяжести заболевания и составляет 3-6 таблеток в сутки (то есть по 200-400 мг) на прием 3 раза в день после еды. Курс лечения составляет в среднем 1-2 недели. **Дети от 6-ти лет и старше:** рекомендованная доза составляет 10-20 мг на кг массы тела в сутки, разделенная на 2 приема. Принимать после еды. Таблетки Макмирор при необходимости можно применять для продолжения курса лечения или повторного цикла лечения инфекций мочевыводящих путей. **Побочные реакции.** Нарушения со стороны пищеварительного тракта: редко (<1/10 000, <1/1 000), тошнота, диарея во рту, диарея, очень редко (<1/10 000), рвота, диспепсия. Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки. Возможные аллергические реакции: очень редко (<1/10 000), высыпания на коже, крапивница, зуд. Нарушения со стороны нервной системы: периферические нейропатии. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия.** Клинически значимое взаимодействие препарата с другими лекарственными средствами не установлено. **Фармакологические свойства. Фармакодинамика.** Действующим веществом МАКМИРОРА является производное нитрофурана – нифуратель. Исследования in vivo и in vitro продемонстрировали широкий спектр действия против микроорганизмов, вызывающих инфекции мочеполовой системы, также свойства антипролиферативной и противовирусной активности. Нифуратель является противобактериальным средством для грамотригативных и грамположительных аэробных и анаэробных бактерий. Нифуратель не действует на Lactobacillus spp. Нифуратель не вызывает перекрестную резистентность микроорганизмам к другим препаратам. За 30 лет не выявлено ни одного случая резистентности к нифурателю. **Фармакинетика.** Нифуратель быстро метаболизируется практически во всех тканях организма. Прием полноразовой составляет 2,75±0,8 часа. Приблизительно 0,5% нифурател выводится с мочой в неизменном виде. Остальная часть выводится в виде метаболитов. Нифуратель не выявлен во внутритканевой циркуляции. Для получения детальной информации ознакомьтесь с инструкцией для медицинского применения лекарственного средства. Информация для специалистов здравоохранения и распространения во время семинаров, конференций, симпозиумов и других научных мероприятий по медицинской тематике.

1. Dubini F., Fumen P. Antimicrobial activity of Nifuratel. *Giornale Italiano di Chemioterapia*, 32:545, 1985. 2. Cibert J. "The treatment of urinary infection with Nifuratel". *Lyon Medical*, 239:47, 1978. 3. Nifuratel in urinary tract infections. *Barlow A.M., Garner R. Diagnosis and Chemotherapy of Urogenital Infections*, 1972. 4. Nifuratel in chronic urinary infections. *Pagan B.R. et al. The Mansfield Group of Hospital & Community Geriatric and Urology Wards. J Urol* 1972; 107:112-116. 5. Кожаньянова С. Ю., Сердюк О. А. Эффективность применения нифурател при лечении дисбактериоза у детей. *Вопросы практической педиатрии*, 2006 г. том 1, № 4. 6. Инструкция для медицинского применения препарата Макмирор. Затверждено приказом Министерства охраны здоровья Украины № 7 від 05.01.2017, р.С. № UA/5045/01/01.



Информация о лекарственном средстве.
Информация для специалистов здравоохранения
при использовании в профессиональной деятельности.
Производитель лекарственного средства:
Доплель Фармацютти С.р.л. Виа Волтурно, 48 – Квинто Де Стампи
– 20089 Роццано (МИ) – Италия.



04119, г. Киев, ул. Мельникова, 83-Д, оф. 404
тел.: (044) 538-01-26, факс: (044) 538-01-27