

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY  
TIBBIYOT  
JURNALI

№ 1 (94)  
2019

O'ZBEKISTON  
VRACHLAR  
ASSOTSIATSIYASI  
BYULLETENI



НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
ЖУРНАЛ

БЮЛЛЕТЕНЬ  
АССОЦИАЦИИ  
ВРАЧЕЙ  
УЗБЕКИСТАНА

ILMIY-AMALIY  
TIBBIYOT JURNALI

**O'zbekiston  
vrachlar  
assotsiatsiyasi**

**Bosh muharrir:**  
Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA  
akademigi

**Tahrir hay'ati:**

Abduraximov Z. A., t.f.n.  
Akilov X.A., t.f.d., professor  
Alimov A.V., t.f.d., professor  
Asadov D.A., t.f.d., professor  
Ahmedova D.I., t.f.d., professor  
Kurbonov R.D., t.f.d., professor  
Rustamova M.T., t.f.d., professor  
Sidiqov Z.U., t.f.n.  
Sobirov D.M., t.f.d., professor  
Tursunov E.O., t.f.d., professor  
Yarkulov A.B., t.f.n.  
Shayxova X.E., t.f.d., professor

**Nashr uchun mas'ul xodim:**  
Mavlyan-Xodjaev R.Sh, t.f.d.

**Dizayn, kompyuterda teruvchi:**  
Abdusalomov A.A.  
Jurnal O'zbekiston Matbuot va  
axborot agentligidan 2016 yil  
13 dekabrda ro'yhatdan o'tgan.  
Guvohnoma №0034.  
Tahririyat manzili: 100007,  
Toshkent shahri,  
Parkent ko'chasi, 51-uy.  
Tel.; 268-08-17  
E-mail: info@avuz.uz  
Veb - sayt: www.avuz.uz

**B  
Y  
U  
L  
L  
E  
T  
E  
N  
I**



(94)

TOSHKENT TIBBIYOT  
AKADEMIYASI KUTUBXONASI  
№

**TOSHKENT  
O'zbekiston Vrachlar  
Assotsiatsiyasi 2019 yil**

UYGA BERISH  
MUMKIN EMAS

ASOSIY O'QUV ZALI

**МУНДАРИЖА**

**МУХАРРИР МИНБАРИ**

**ХУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ**

Ўзбекистон Республикаси даволаш-профилактика муассасалари раҳбарларига

**ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА**

Назиров Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Музаффаров Ф.У., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И. Гастропластика билан қизилўнгач экстирпацияси амалиётидан кейин ўлим ҳолатларининг сабабларини тахлили

Шарипов И.М., Каримов Ш.И., Курбанов Р.Д. Чап бош коронар артерияси шикастланган беморларда миокард реваскуляризация амалиётлари

Муллабаева Г.У., Курбанов Р.Д., Ирисов Дж.Б. Q – тишли миокард инфаркти ўтказган беморларнинг миокарднинг электрик номуқимлиги билан ўзаро алоқадорли асосида юракнинг структур-морфологик ўзига хос хусусиятлари

Шукуров Р.Т., Абдуллаев Т.А., Курбанов Р.Д. Сурункали юрак етишмовчилигида ўзини бошқариш ва ўзига ёрдам бериш усулларига ўқитишнинг касалликни клиник кечишига ва прогнозига таъсири

Мухтаров Ш.Т., Хасанов М.М. Хомиладор аёлларда асоратланган суправезикал обструкциянинг оптимал даво услубини прогнозлашда клиник, лаборатор ва инструментал усуллар натижаларининг аҳамияти

Уринбоева М., Базарова Ф. Хомиладорлик патологияси ҳолатларининг камайиши ва туғруқ асоратларини олдини олиш

Маджидова Е.Н., Усманова Д.Д. 2 тип қандли диабетдаги диабетик энцефалопатияни даволашда диалипон турбо препаратининг клиник- иммунологик аспекти

Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Рузибоев С.А. Жигар циррози билан беморларда жигар энцефалопатиясининг оғирлик даражасини аниқлаш хусусиятлари

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

**6 КОЛОНКА РЕДАКТОРА**

**7 ПРАВО И ЭКОНОМИКА**

Руководителям лечебно-профилактических учреждений Республики Узбекистан

**13 НАУЧНЫЙ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ**

Назиров Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Музаффаров Ф.У., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И. Анализ причин летальности после экстирпации пищевода с одномоментной гастропластикой

18 Шарипов И.М., Каримов Ш.И., Курбанов Р.Д. Операции реваскуляризации миокарда у больных со стволowym поражением левой коронарной артерии

23 Муллабаева Г.У., Курбанов Р.Д., Ирисов Дж.Б. Структурно-морфологические особенности сердца у больных с q-волновым инфарктом миокарда во взаимосвязи с электрической нестабильностью миокарда

29 Шукуров Р.Т., Абдуллаев Т.А., Курбанов Р.Д. Влияние обучения методам самоконтроля и самопомощи на клиническое течение и прогноз больных при хронической сердечной недостаточности

38 Мухтаров Ш.Т., Хасанов М.М. Прогноз оптимального метода лечения беременных с осложненной суправезикальной обструкцией исходя из результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований

43 Уринбоева М., Базарова Ф. Снижение частоты патологий беременности и профилактика родовых осложнений

47 Маджидова Е.Н., Усманова Д.Д. Клинико-иммунологическая характеристика терапии диабетической энцефалопатии препаратом диалипон турбо

51 Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Рузибоев С.А. Особенности оценки степени тяжести печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени

- Мухитдинова Х.Н., Турсунов Д.К., Исмаилов А.О., Худобердыев Б.Х. Мактаб ёшидаги болаларда оғир бош мия жароҳати даражасини баҳолаш
- Арзикулов А.Ш., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Рабиева Б.Т. Муддатига етмай (чала) туғилган болаларни респиратор дистресс синдромига олиб келувчи омиллар
- Ахтамов А.А., Ахтамов А., Султонов Р.Р. Кичик ёшдаги болаларда соннинг туғма чиқинни консерватив усулда даволашда реабилитация муолажаларини қўлланилиши ва натижалари
- Маджидова Е.Н., Хусенова Н.Т., Эргашева Н.Н., Даниярова Ф.А., Жабборова С.Б. Микротўқли рефлексотерапия фонида аутистик спектрида бузилиши бўлган болаларда нутқли ва интеллектуал бузилишлар динамикаси
- Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Солиева М.О., Махмудова Б.Ш. Муддатидан аввал туғилган болалар асаб-рухий ривожланишининг (АРР) кечикиши
- Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Хақимов Ш.К., Махмудова Б.Ш. Муддатидан аввал туғилишига олиб келувчи она томонидаги сабаб ва омиллар
- Авезова Г. Сурхандарё вилояти шаҳар ва қишлоқларида туғма аномалияларнинг тарқалганлиги
- Сирожиддинов У.К., Самсаков Ф.Т., Расулов А.Ф., Ортиков А.Б., Дадабоев Б.Д. Пилородуоденал ярадан қон кетиши бўлган беморларни ташхисот хусусиятлари ва даволаш тактикасининг характери
- Орзиев З.М., Юлдашева Д.Х., Жумаева А.А., Жумаева З.Ж. Гастроэзофагал рефлюкс касаллиги клиник ва эндоскопик манзарасини мужассамлаштирувчи белгиларни намоён бўлишини рефлюксат муҳити турига алоқадорлиги
- Турсунов М.К. Вақтидан илгари эякуляцияни даволаш муаммоси
- Тухтаров Б. Э., Бегматов Б.Х. Профессионал спортчиларнинг овқатланишида биологик актив қўшимча ноглюкинни қўллаш тажрибаси
- 57 Мухитдинова Х.Н., Турсунов Д.К., Исмаилов А.О., Худобердыев Б.Х. Оценка степени тяжести черепно-мозговой травмы у детей школьного возраста
- 66 Арзикулов А.Ш., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Рабиева Б.Т. Факторы, приводящие к респираторному дистресс-синдрому у недоношенных детей
- 68 Ахтамов А.А., Ахтамов А., Султонов Р.Р. Результаты физической реабилитации детей раннего возраста с врожденным вывихом бедра
- 72 Маджидова Е.Н., Хусенова Н.Т., Эргашева Н.Н., Даниярова Ф.А., Жабборова С.Б. Динамика речевых и интеллектуальных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра на фоне микротоковой рефлексотерапии
- 80 Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Солиева М.О., Махмудова Б.Ш. Задержка нервно-психического развития (НПР) у недоношенных детей
- 84 Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Хақимов Ш.К., Махмудова Б.Ш. Причинные и способствующие факторы недоношенности со стороны матерей
- 87 Авезова Г. Распространенность врожденных аномалий в Сурхандарьинской области
- 92 Сирожиддинов У.К., Самсаков Ф.Т., Расулов А.Ф., Ортиков А.Б., Дадабоев Б.Д. Характер тактики лечения и особенности диагностики у больных при пилородуоденальной язвенной кровотечением
- 95 Орзиев З.М., Юлдашева Д.Х., Жумаева А.А., Жумаева З.Ж. Особенности клинко-эндоскопической картины гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с учетом характера рефлюксата
- 102 Турсунов М.К. Вопросы о терапии преждевременной эякуляции
- 107 Тухтаров Б. Э., Бегматов Б.Х. О применении биологически активной добавки к пище – ноглюкина в питании профессиональных спортсменов

**К ВОПРОСУ О ТЕРАПИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ**

Турсунов М.  
(ТМА)

Исследование выявило эффективность флуоксетина в лечении преждевременной эякуляции, сопровождающейся копулятивными расстройствами и аффективными нарушениями у мужчин. Выявлен стойкий терапевтический эффект у больных послелечения флуоксетином.

**Ключевые слова:** преждевременная эякуляция, эректильная дисфункция, флуоксетин.

**ВАҚТИДАН ИЛГАРИ ЭЯКУЛЯЦИЯНИ ДАВОЛАШ МУАММОСИ**

Ўтказилган тадқиқотларга асосланиб вақтидан илгари эякуляция билан бирга келувчи копулятив ва аффектив бузилиш эркакларда флуоксетиннинг етарли самарадорликка эга эканлиги аниқланди. Копулятив, аффектив бузилиш билан биргаликда келувчи вақтидан илгари бўшанишли эркаклар Флуоксетин билан даволанганда танланган ёндашув беморларда турғун терапевтик самара курсатишини тасдиқлади.

**Калит сўзлар:** вақтидан илгари эякуляция, эректил дисфункция, фрикция, флуоксетин.

**THERAPY OF PREMATURE EJACULATION**

Based on the study, fluoxetine was found to be sufficiently effective in the treatment of premature ejaculation, accompanied by copulative disorders and affective disorders in men. A more persistent therapeutic effect was revealed in patients treated with fluoxetine drugs confirming the efficiency of the chosen approach in the treatment of affective pathology in men, combined with copulative dysfunction in the form of premature ejaculation.

**Key words:** premature ejaculation, erectil disfunction, friction, fluoxetine

Согласно классификации заболеваний МКБ-10, преждевременной эякуляцией считается неспособность контролировать семяизвержение в мере, достаточной для получения удовлетворения от полового акта обоими партнёрами [С.Т.Агарков. Н.К.Липгарт]. Но такое определение весьма размыто, особенно учитывая, что многие женщины вообще никогда не получают оргазма при вагинальном сексе. Слишком ранним является семяизвержение, которое наступает в пределах 2 мин или сразу после введения пениса во влагалище, если у партнерши оргазм не произошел. Есть другой способ определения слишком ранней эякуляции: семяизвержение до совершения 25 фрикций.

Преждевременная эякуляция (ПЭ) является самой распространенной сексуальной проблемой у мужчин моложе 40 лет [Nobl M.D., 2002] и встречается, приблизительно, у 30% [Lauman E.O., 1994], а по данным Verma (1998) - в 75% случаев. Среди урологических больных эякуляторные расстройства наблюдаются в 22% случаев [Goldmaer, 1999]; у больных неврозами преждевременная эякуляция составляет 37% [Lipgart, 1996; Стукалова Л.А., 1985]. У 40% пациентов преждевременная эякуляция сочетается с эректильной дисфункцией [Virag P., 1997; Dirke K.M., 1979].

Среднюю продолжительность полового акта не раз пытались вычислить специалисты разных стран. Наиболее в этом преуспели маркетологи фирм-производителей презервативов. По их оценкам, средняя продолжительность полового акта колеблется в зависимости от страны от 3 до 7 минут. Самые быстрые - жители Юго-Восточной Азии, а одни из самых выносливых - скандинавы [Аляев Ю.Г., Ахвледиани Н.Д. 2009].

Преждевременное семяизвержение подразделяют на первичное, наблюдаемое с самого начала половой жизни, а так же вторичное, имеющее приобретенный характер и обусловленное другим заболеванием. В зависимости от времени возникновения выделяют две формы ПЭ: первичная (изначальная) и вторичная (приобретенная) [Сегал А.С. Пушкаръ Д.Ю., 2006].

Первичную раннюю эякуляцию связывают с особенностью функционирования головного мозга, его структур, регулируемых уровнем биологически активного вещества – серотонина. Установлено, что у мужчин, страдающих данной формой преждевременного семяизвержения, отмечается повышенная активность рецепторного аппарата, отвечающего за обратный захват указанной субстанции. Это приводит к низкой концентрации серотонина и повышению активности церебрального центра семяизвержения [Голубев М.А., 1998].

Первичная форма заболевания бывает связана с врожденной повышенной чувствительностью головки полового члена. Ее кожный покров у некоторых мужчин бывает избыточно насыщен чувствительными рецепторами [Atikeler M.K., Gecit 1., Senol F.A. 2002].

Вторичная преждевременная эякуляция часто обусловлена хроническим простатитом. Длительное воспаление предстательной железы может обусловить вовлечение в него особенного отдела простаты – семенного бугорка, который очень богат чувствительными рецепторами, регулирующими оргазм.

В связи с этим до 30% больных хроническим простатитом страдают приобретенным преждевременным семяизвержением [Пушкаръ Д.Ю., Сегал А.С. 2004]. Еще одной причиной вторичной ранней эякуляции является эректильная дисфункция. Как известно, расстройства эрекции являются серьезным психотравмирующим фактором, приводящим к активации стрессового (симпатического) отдела нервной системы, который, в частности, отвечает за семяизвергательный рефлекс. Это и обуславливает повышенную готовность к эякуляции у больных с расстройствами эрекции [Virag R., 1997; Morales A. Benson G.S. 1997; Beck-Ardilly L. Henry R., 2003;].

Нередко приобретенное преждевременное семяизвержение связано с повышением гормональной активности щитовидной железы. Известно, что почти у половины больных гипертиреозом регистрируется ускорение эякуляции [Assalian P: 2005. Аляев Ю.Г., Ахвледиани Н.Д. 2009].

Еще одним причинным фактором возникновения вторичного преждевременного семяизвержения является короткая уздечка полового члена. Это объясняется тем, что ее надрывы, наблюдающиеся периодически при половом акте, вызывают болевые ощущения. Они, в свою очередь, обуславливают рефлекторное желание как можно быстрее завершить болезненную сексуальную активность [Соколыцик М.М., Гагарина С.В., Вазиев Я.А. 2001].

Некоторые авторы предполагают, что в основе первичной ПЭ лежат нейрогенные нарушения, выражающиеся в гиперчувствительности головки полового члена и повышенной возбудимости эякуляторного центра, в то время как вторичная ПЭ чаще всего связана с воспалительным процессом в предстательной железе, семенных пузырьках и семенном бугорке [Аляев Ю. Г., Ахвледиани Н.Д., Винаров А. З., 2004]. Однако нет четкой дифференцировки этих двух форм ПЭ.

У части больных, длительно страдающих ПЭ, в последующем возникает нарушение эрекции, что, по мнению различных авторов, связано с психологическими факторами [Калинченко С.Ю. и соавт., 2003]. В некоторых случаях ЭД может быть причиной ПЭ, так как нестойкая эрекция не позволяет проводить полноценный половой акт, что ведет к невольному желанию пациента ускорить время полового акта. В конечном итоге, сочетание этих двух заболеваний приводит к возникновению порочного круга, в котором они способны усиливать и маскировать друг друга, затрудняя диагностику и лечение [Pryor J.L. et al., 2005].

В мировой литературе представлен ряд классификаций ПЭ [Nobl M.D., 2002; Пушкарь Д.Ю., Сегал А.С., 2006]:

- по этиологическим факторам (психогенная, органическая, сочетанная),
- по периоду возникновения (первичная, вторичная),
- по степени выраженности,
- по постоянству проявления (временная, постоянная).

На протяжении долгого времени диагностика и лечение расстройств из-за отсутствия доказательной базы была в значительной степени субъективной, а в лечении преобладали традиционные методы и эмпирические находки. К началу XXI века для лечения ПЭ предложен и внедрен ряд эффективных методов лечения ПЭ:

- психотерапия, преимущественно в форме секс-терапии (Каплан Х, 1994; Мастере В. и Джонсон В., 1970);
- аппликации местноанестезирующих средств [Xin Z., 1996; Choi X.K., 2000; Беркович М., 1995];
- терапия антидепрессантами [Li B.O., 1996; Waldinger M.D., 1994; MacMahon C.D., 1998];
- терапия ингибиторами обратного захвата серотонина [Кара Н., 1996; Ким С.Ц., 1998; Гудмен Р.Е., 1980];
- интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов [Fin R.L., 1990; Ковалев В.А., 2000; Голубев М.А., 2003];
- оперативное лечение: циркумцизия, френулотомия, денервирующие операции [Реджис С., 1987].

Однако их эффективность, по данным различных авторов [Мастере В. и Джонсон В., 1970; Nobl M.D., 2002; Пушкарь Д.Ю., Сегал А.С., 2006], непостоянна и колебалась от 40 до 80%.

В зависимости от этиопатогенетических факторов, вызывающих ПЭ, в лечении пациентов использовали противовоспалительную терапию, фармакотерапию антидепрессантами или ингибиторами обратного захвата серотонина, психотерапию (секс-терапию), а также хирургическое лечение - микрохирургическую денервацию головки и покровных тканей полового члена. В 1994 году R.Tulii и др. предложили денервацию полового члена в качестве способа снижения чувствительности пенильной головки,

позволяющего удлинить фрикционную составляющую полового акта. В России в 2004 году разработан и запатентован метод микрохирургической денервации головки и покровных тканей полового члена.

В открытом рандомизированном исследовании по сравнению тестостерон содержащим гелем (Андрогель) с немошоночными пластырями наблюдалось их положительное влияние при сексуальных дисфункциях на эрекцию, эякуляцию, настроение пациентов, их сексуальную активность, мышечную массу, эритропоэз, минеральную плотность костной ткани. Трансдермальный путь введения тестостерона позволяет избежать его первичного метаболизма в печени и инактивации, как это происходит при применении пероральных андрогенных препаратов, при этом постоянная нормальная беспииковая концентрация тестостерона в плазме наблюдается в течение 24 часов [Э. Нишлаг, Г.М.Бере. Пер. с англ.-М., Миа, 2005, 551с.].

Несмотря на изложенные данные, лечебная тактика ведения больных с ПЭ, в том числе при наличии аффективных расстройств, не стандартизирована, основные аспекты патогенеза, диагностики и лечения больных с ПЭ в сочетании и без аффективных расстройств до конца не изучены и требуют дальнейших исследований.

Объектом большинства исследований является преждевременная эякуляция, возникающая на фоне сексуальной дезадаптации. Обусловлено это причин, приводящими к развитию невротических и депрессивных расстройств у супружеской пары, большую долю составляет нарушение межличностных отношений в браке, в сексуальных отношениях. Актуальность темы диктуется повсеместным увеличением числа невротических расстройств. В 90-е годы ВОЗ охарактеризовала качество жизни «как восприятие своего положения в жизни в зависимости от культурных особенностей и системы ценностей и свойств с их целями и задачами». При исследовании качества жизни в сексологии следует учитывать, что сексуальная функция парная: активность одного партнера может поддерживаться и стимулироваться другим и наоборот – пассивность или негативное отношение могут отрицательно сказаться на другом.

Неврозы из-за сексуальной неудовлетворенности затрагивают мужчин старше 30 лет, начиная увеличиваться, приблизительно, с 20 лет и достигая максимума в 40-49 лет [Assalian P. 1994. Агарков С.Т. Главы 2, 3, 4, 6 в соавт.].

В настоящее время всё острее встает проблема всестороннего и практического изучения социо-культурных особенностей невротических и депрессивных расстройств при преждевременной эякуляции в целом и при сексуальной дезадаптации супружеской пары [Рожков В.С. 2000. Голобурда А.В. 1995. Васильченко Г.С. 1987.]. Это, в свою очередь, требует более тщательного психологического анализа каждого больного путем внедрения в практику психодиагностических методов коррекции сексуальных нарушений медикаментозным методом лечения, психотерапией и психопрофилактикой сексуальных отношений.

Преждевременная эякуляция (ПЭ) представляет собой медицинскую и социальную проблему, неблагоприятно воздействует на сексуальные взаимоотношения между партнерами, вызывая у мужчин снижение самооценки и качества жизни [Solursh D.S. et al., 2003; Sotomayor M., 2005; Rosenberg M.T. et al., 2007]. Сегодня преждевременная эякуляция является (ПЭ) не только андрологической, но и психологической проблемой, так как симптомы данной патологии серьезно влияя на сексуальную и психологическую активность пациента, значительно снижают качество жизни и диктуют необходимость адекватного лечения. Медикаментозная терапия является методом выбора лечения ПЭ.

**Цель исследования** - оптимизировать терапию преждевременной эякуляции у мужчин с использованием селективного ингибитора обратного захвата серотонина – флуоксетина.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 35 мужчин преждевременной

эякуляцией. Подбор больных осуществляли методом случайной выборки по мере обращения пациентов. На каждого пациента заполняли карту обследования с учетом анамнеза, объективного и дополнительных методов исследования и результаты лечения.

За преждевременную эякуляцию (ПЭ) была принята эякуляция, постоянно или эпизодически наступающая до достижения партнерами удовлетворения от полового сношения и менее чем через 2 минуты после интроекции и начала, непрекращающихся фрикций умеренной частоты (25-30 фрикций в минуту) и максимальной амплитуды, что вызывает психологический дискомфорт у сексуальных партнеров (два первых критерия обязательны, а третий – факультативный; за одну фрикцию принимается лишь поступательное движение полового члена). Данное определение было предложено Д.Ю. Пушкарем и А.С. Сегалом в 2006г. и, по нашему мнению, наиболее полно и точно подходит для использования в работе.

На первом этапе обследования всем пациентам предлагалось в домашних условиях выполнить лидокаиновый тест в области уздечки и головки полового члена спреемлидокаина перед половым актом не менее трех раз.

В зависимости от этиопатогенетических факторов, вызывающих ПЭ, в лечении пациентов использовали противовоспалительную терапию, фармакотерапию антидепрессантами или ингибиторами обратного захвата серотонина, психокоррекцию (секс-коррекция). Эффективность лечения оценивали спустя 1-3-6 месяцев.

Использовались методы:

- на основании клиничко - анамнестического исследования выделен фактор преждевременной эякуляции, приводящий супружескую пару к развитию невротических и депрессивных расстройств;

- на основании клиничко- психодиагностического исследования определяли психологический статус супружеской пары при преждевременной эякуляции;

- определен алгоритм комплексного лечения мужчин с преждевременной эякуляцией.

**Результаты.** Эффективность применения препарата Флуоксетин по 20 мг 1 раз в день в течение 30 дней составила 93.3%. 11 обследованных до лечения могли сделать 40-75 фрикционных движений, а после лечения - 80-140. 16 больных до лечения могли сделать 20-50 фрикционных движений, а после - 60-110. 2 больных до лечения могли сделать 0-3 фрикционных движения, а после лечения 20-35, после второго курса лечения - до 75. 5 больных до лечения - 50-70 фрикционных движений, а после лечения - 120-170. У 2 больных до лечения - 20-30 фрикционных движений, после лечения - 40-50.

Флуоксетин применяли в дозе 20 мг в сутки в утренние часы в основном как дополнение к базовой урологической терапии. Лечение проводили в течение 30 дней под клиничко-лабораторным контролем. В случае достижения эффективности терапию продолжали до 60 дней. Всем больным проведено ЭКГ, УЗИ печени, общий анализ и биохимия крови, микроскопическое исследование всех порций мочи и секрета простаты после массажа железы. Также в обязательном порядке проводили клиничский анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ крови на гормоны (ЛГ, ФСГ, ПРл, Эст, Тест).

Невротические и депрессивные расстройства у супружеской пары на фоне преждевременной эякуляции преимущественно формируются на конституциональных особенностях личности, а именно - акцентуации личности по истерическому типу (74% больных с соматоформным расстройством), психоастеническому типу (62% больных с невротической), акцентуированность больных с фобическими, тревожными и обсессивно-компульсивными расстройствами составила 15%. Так же выявлена высокая или абсолютная субъективная ценность половой жизни и высокий уровень полового влечения.

Комплексное лечение с включением психотерапевтических мероприятий, направ-

ленных на коррекцию преморбидных особенностей, а также включение препарата Флуоксетин благоприятно воздействует на длительность фрикционных движений у мужчин, расширяет диапазон оргастических ощущений, улучшает настроение, повышает уверенность в себе, устраняя невротические симптомы и депрессивный фон настроения.

Однако наиболее полный терапевтический эффект достигнут у пациентов, лечение которых проводилось комплексно с учетом медицинских, психологических, социальных и психосоциальных супружеских аспектов проблемы.

#### Выводы.

1. ПЭ в 60% осложняется возникновением аффективных нарушений, в связи с чем терапия ПЭ должна включать препараты, нормализующие аффективные нарушения.

2. Отсутствие побочных эффектов при указанной дозировке позволяет рекомендовать использование Флуоксетина в стационарной и амбулаторной практике.

3. Наиболее стойкий терапевтический эффект отмечен у больных, применяющих Флуоксетин.

После лечения отмечалось снижение невротичности и чрезмерной раздражительности, увеличилось количество фрикционных движений. Улучшилось чувство оргазма во время эякуляций. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения Флуоксетина в лечении мужчин с преждевременной эякуляцией.

#### Литература.

1. Агарков С.Т. Главы 2, 3, 4, 6 в соавт. //Неврозы и сексуальные расстройства/ Н.К. Липгарт с соавт. —Воронеж: Изд-во ВГУ, 2000.

2. Аляев Ю.Г., Ахвледиани Н.Д. Дискуссия о. преждевременном семяизвержении.// Материалы 5-конгресса «Мужское здоровье», 2009. — С. 355-361.

3. 13. Голубев М.А., Современные методы лечения преждевременной эякуляции и их эффективность. Москва, 2003 г., материалы диссертации.

4. Atikeler M.K., Gecit1., Senol F.A. Optimum usage of prilocaine-lidocaine, cream in premature ejaculation. *Andrologia* — 2002; 34: 356-359.

5. Пушкарь Д.Ю., Сегал А.С. Значение хронического простатита в структуре причинных факторов преждевременной эякуляции. // *Врач. Сословие* 2004; 5-6:18-19.

6. Henry R., Morales A. Topical lidocaine-prilocaine spray for the treatment of premature ejaculation: a proof of concept study. *Int J Impot Res* 2003 Aug; 15(4): 277-81.

7. Benson G.S. Erection, emission and ejaculation: Physiologic mechanisms.// In Lipshultz L.I., Howards S.S.(eds)/ *Infertility in the Male*, ed 3. St.Louis, Mosby, 2000.

8. Assalian P: Guidelines for the pharmacotherapy of premature ejaculation. *WorldJUrol* 2005 Jun; 23(2): 127-9.

9. Аляев Ю.Г., Ахвледиани Н.Д. Дискуссия о. преждевременном семяизвержении.// Материалы 5-конгресса «Мужское здоровье», 2009. — С. 355-361.

10. Агарков С.Т. Главы 2, 3, 4, 6 в соавт. //Неврозы и сексуальные расстройства/ Н.К. Липгарт с соавт. —Воронеж: Изд-во ВГУ, 1985. — 160с.

УДК: 613.2:616.12-005.4-06:616.153.61(075.8)

### О ПРИМЕНЕНИИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКИ К ПИЩЕ – НОГЛЮКИНА В ПИТАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Тухтаров Б. Э., Бегматов Б.Х.  
(ТГСИ)

Исследование посвящено разработке способов повышения биологической полноценности рациона питания спортсменов применением Ноглюкина. Установлено, что у профессиональных спортсменов применение Ноглюкина нормализует биохимические показатели азотистых компонентов мочи и улучшает усвояемость белка