

На правах рукописи

ГУРЦКОЙ Роин Александрович

**ТЕХНОЛОГИИ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ
В ВОССТАНОВЛЕНИИ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН**

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

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва 2011 год

Работа выполнена в ФГУ Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздравсоцразвития России и ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова

Научный консультант

доктор медицинских наук, профессор Агасаров Лев Георгиевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Машков Олег Алексеевич
доктор медицинских наук, профессор Амосов Александр Валентинович
доктор медицинских наук, профессор Радзиевский Сергей Алексеевич

Ведущее учреждение:

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

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2011 года в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.001.02 при ФГУ «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники» Росздравнадзора по адресу: 129301, Москва, ул. Касаткина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники» Росздравнадзора по адресу: 129301, Москва, ул. Касаткина, 3

Автореферат разослан « ____ » _____ 2011 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Цыганова Т.Н.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Формирование государственной политики в сфере охраны здоровья здоровых и практически здоровых лиц является одной из приоритетных задач отечественной системы здравоохранения (А.Н.Разумов, 2006, 2009). При этом сексуальное здоровье по праву расценивают одним из важнейших факторов, определяющих качество и продолжительность жизни человека. Этот тезис приобретает особое и, следует подчеркнуть, тревожное звучание в отношении мужской популяции, что подтверждается данными статистического анализа. В частности, в России у трети даже практически здоровых мужчин выявляется отчетливое ухудшение качества сексуальной функции (Г.В.Тер-Аванесов с соавт., 2003; С.Т.Агарков, 2004; Г.Д.Билич, 2008; А.А.Никитин, 2009 и др.).

Кроме того, у двух третей обследованных мужчин репродуктивного возраста выявляется сразу нескольких факторов риска, проецируемых на сексуальную сферу (С.Л.Гусева с соавт., 2008). Таким образом, данные лица формируют обширную группу риска в плане развития сексуальной патологии. Наблюдаемые сдвиги, хотя и не препятствующие половой деятельности, ухудшают ее качество, являясь к тому же прогностически неблагоприятным знаком. Этот и ряд других фактов позволяют констатировать, что в условиях демографического кризиса проблема охраны здоровья мужчин «выходит далеко за рамки собственно здравоохранения и теснейшим образом связана с состоянием национальной безопасности» (Ш.Н.Галимов, 2008).

Принципиально важно, что данная проблема органично вписывается в общую концепцию восстановительной медицины, в частности, в основной раздел «сохранения здоровья здорового человека» (А.Н.Разумов, И.П.Бобровницкий, 2008, 2010). Здесь крайне важным является (согласно решению президиума РАМН от 22.10.03) «обоснование и разработка комплексных индивидуальных профилактических программ адаптогенного

действия, построенных на принципах взаимодополняемости, потенцирования эффектов их составляющих».

Актуальность интересующей нас проблемы побуждает к принятию на Российских сексологических форумах резолюций о создании федеральной программы «Охрана здоровья мужчин», носящих, к сожалению, декларативный характер. Иначе говоря, шаги к выходу из сложившейся ситуации детально не обрисованы.

Таким образом, проблема разработки стратегии и принципов восстановления полового здоровья мужчин актуальна и отличается приоритетным медико-социальным значением. Однако, в противовес этому, абсолютное большинство исследований в современной сексологии носит болезнецентрический характер, т.е., посвящено коррекции уже сформированной патологии. В частности, испытания даже афродизиаков, направленных в первую очередь на восстановление или усиление полового влечения, стереотипно выполняют на контингенте больных с эректильной дисфункцией (А.П.Булах с соавт., 2004). Что касается мужчин указанной группы риска, то возможности восстановления их половой функции раскрыты в несоизмеримо меньшей степени, оставляя данный вопрос открытым. Причем в случае практического осмысления проблемы следует отметить, что использование трудоемких и затратных мероприятий с целью сексуальной коррекции никак нельзя отнести к перспективным направлениям.

Не оправдано в этом случае и применение «агрессивных» лекарственных средств, зачастую сопровождающихся выраженными негативными последствиями (Л.Я.Рапапорт, 1999, С.Т.Агарков, 2004 и др.). Эти моменты обуславливают интерес к мягким, физиологичным методикам, отличающимся к тому же доступностью применения, и среди этих подходов привлекают технологии традиционной медицины. В то же время необходимо отметить, что до настоящего времени многие механизмы действия этих методик в сексологии изучены явно недостаточно.

Среди данных способов выделяются фитотерапия и клиническая гомеопатия, преимуществом которых являются отсутствие привыкания и крайне редкое появление неблагоприятных эффектов (Л.И.Ильенко, 2006, А.А.Марьяновский, 2008). Ранее, в результате применения подобных препаратов при эректильной дисфункции была подтверждена их эффективность, достигающая 65% наблюдений (Л.Г.Агасаров, 2002). С другой стороны, только в единичном исследовании (А.А.Никитин, 2009) одно из этих средств было использовано с профилактической целью.

Кроме того, учитывая механизмы реализации половой деятельности, представляется целесообразным сочетание лекарственной стимуляции с определенными видами физического воздействия (Л.Г.Агасаров, А.Н.Разумов, 2006, А.А.Никитин, 2009). Среди последних методик следует указать на точечный массаж – наиболее естественный для организма и широко применяемый в сексологии способ (Е.Б.Попова, А.Г.Цавкелов, 1998, В.С.Селиванов, 2000 и др.). Другим перспективным вариантом физического воздействия является динамическая электронейростимуляция (ДЭНС), используемая и в бытовых условиях. Подтверждено, что эти способы, помимо общей релаксации, оказывают положительное влияние на нервно-сосудистые образования малого таза и собственно полового аппарата (Г.Лувсан, 2000, В.А.Дробышев, 2008, 2009).

Кроме указанных методик, в рамках заданной темы результативной может быть спектральная фототерапия - способ раздражения рефлексогенных зон источниками линейчатого спектра светового излучения. Показано, что этот принципиально новый метод модулирует протекание как рефлекторных, так и обменных процессов при разнообразных патологических состояниях. В частности, установлена результативность спектральной фототерапии при заболеваниях неврологического и урологического профиля, играющих важную роль в формировании половых дисфункций (Е.М.Рукин с соавт., 2008, А.В.Творогова, 2008).

Проведенные сведения подводят к выводу о необходимости создания научно обоснованной концепции сохранения полового здоровья мужчин, важным звеном которой должна стать программа применения традиционных технологий. Однако в доступной литературе данный вопрос освещен поверхностно, что может объясняться начальным этапом изысканий. Этот момент и обусловил выбор цели, задач, а также дизайн настоящего исследования.

Цель исследования - развернутый анализ сексуальной функции практически здоровых мужчин, с выделением группы риска в плане эскалации патологии, и разработка на этой основе научно обоснованной программы восстановления половой деятельности, представленной взаимодополняющими методами традиционной медицины.

Задачи исследования:

1. Оценить качество сексуальной жизни в популяции практически здоровых мужчин, с выделением специфической группы риска и последующей детализацией факторов, обуславливающих снижение уровня половой функции в этой группе.

2. Изучить возможности и особенности восстановления сексуальной функции данных мужчин в ходе самостоятельного (изолированного) применения ряда специфических фито- и гомеопатических препаратов.

3. Определить механизмы действия и эффективность различных схем сочетания гомеопатического и рефлекторных методов воздействия, с обоснованием конкретных преимуществ используемых комплексов.

4. Установить основные лечебные звенья и принципиальную возможность использования спектральной фототерапии в восстановлении сексуального здоровья мужчин.

5. Катамнестически оценить устойчивость результатов, достигнутых в ходе применения различных технологий, с выделением, таким образом, наиболее адекватных схем корригирующего адаптогенного действия.

6. В результате сопоставления терапевтических возможностей используемых технологий традиционной медицины обосновать программу восстановления сексуального здоровья мужчин, базирующуюся на принципах комплексности, взаимодополняемости и дифференцированности подходов.

Научная новизна. В результате проведенного исследования получены новые сведения о состоянии полового здоровья мужчин. При этом детализированы характеристики состояния половой сферы выделенной группы риска, базирующиеся на анализе всех компонентов копулятивного цикла. В результате обследования этой категории мужчин установлена значимость внутренних и внешних факторов в снижении их сексуальной деятельности. Так, подтверждено, что для обследуемых лиц характерно ослабление половой конституции, а также дисбаланс в соотношении в крови тестостерона и фолликулостимулирующего гормона гипофиза, свидетельствующий о нарушении обратной связи в системе «гонады–гипофиз». Кроме того, подтверждена типичность астено-невротизации мужчин, приобретающей черты психо-вегетативного синдрома. Выявление конкретных «слабых» мест в половой сфере определило, в свою очередь, методологию предложенных восстановительных мероприятий.

На этой основе впервые научно обоснованы, разработаны и внедрены новые технологии коррекции сексуальной деятельности мужчин, представленные методиками традиционной медицины. В рамках этой задачи раскрыты механизмы и выполнен сравнительный анализ эффективности ряда физиологических технологий, применяемых как изолированно, так сочетано. При этом проведено системное изучение адаптогенного влияния данных подходов на всю совокупность клинических признаков, обеспечивая интегральную оценку результативности.

Сведения об особенностях самостоятельного применения фито- или гомеопатических средств отличаются новизной. Так, доказано, что эффективность используемых препаратов сопоставима и не превышает 50%

наблюдений. Подобное умеренное положительное влияние медикаментов объясняется парадоксально - своеобразием сексологической ситуации, находящейся на грани между нормой и патологией.

Кроме того, установленная прямая зависимость между силой половой конституции мужчин и эффективностью лекарственной стимуляции, подтверждая ее влияние исключительно за счет включения внутренних функциональных резервов. В свою очередь, этот факт подтвердил целесообразность дополнительного использования физических методов, в частности, определенных технологий рефлексотерапии.

В рамках решения данной задачи показано, что сочетание гомеопатии с рефлексорными способами обеспечивает потенцирование лечебных эффектов. Одним из важных звеньев этого влияния является синхронизирующее воздействие на организм, обеспечивая восстановление гомеостатического равновесия.

Впервые установлено, что предложенные корректирующие комплексы оказывают выраженное влияние на различные клинические признаки и, соответственно, определенные звенья патогенеза и саногенеза. В частности, восстановление сексуальной активности у достоверно большего количества мужчин, получавших комплексное воздействие, коррелирует с отчетливыми положительными изменениями нейро-гуморального и психо-вегетативного статуса.

Подтверждено, что разработанные комплексы отличаются избирательностью воздействия: при ведущих психо-вегетативных звеньях процесса эффективно сочетание гомеопатии с точечным массажем. В случае превалирования сегментарных сосудистых звеньев установлено преимущество комплекса из гомеопатии и электронейростимуляции.

Кроме того, впервые доказана высокая результативность спектральной фототерапии, оказывающей устойчивое влияние на все компоненты половой сферы. Примечательно, что сопоставимые положительные результаты были

получены в результате применения как стандартного трудоемкого, так и предложенного нами экспресс варианта спектральной фототерапии.

В целом, примененные в работе принципы комплексности и дифференцированности подходов позволили впервые разработать программу восстановления сексуального здоровья мужчин, базирующуюся на применении технологий традиционной медицины.

Практическая значимость. Итоги выполненного исследования, подтвердившего частоту и выраженность снижения уровня половой деятельности практически здоровых мужчин, диктуют необходимость динамического наблюдения за данным контингентом, с проведением восстановительных мероприятий.

В развитие этого проведено широкое системное изучение влияния различных факторов на уровень сексуальной функции мужчин группы риска. В итоге разработан и апробирован новый подход к коррекции здоровья мужчин группы риска - путем применения взаимодополняющих «мягких» и физиологичных технологий традиционной медицины.

Также разработана система поддержки принятия решения по выбору наиболее эффективного способа коррекции. При этом подтверждено, что разработанные рефлекторно-гомеопатические комплексы и схемы спектральной фототерапии обеспечивают отчетливое положительное влияние на различные компоненты копулятивного цикла, отличаясь устойчивостью достигнутых результатов. Кроме того, установлена дифференциация в показаниях к применению конкретных техник.

Техническая доступность данных технологий позволяет рекомендовать их к широкому применению. В рамках этого направления предложен и внедрен экспресс вариант спектральной фототерапии, не уступающий по результативности трудоемкой стандартной схеме.

В результате исследования разработана и внедрена в практику программа восстановления сексуального здоровья мужчин, базирующаяся на дифференцированном выборе технологий традиционной медицины.

Внедрение в практику здравоохранения.

Материалы исследования внедрены в практику работы ряда лечебно-профилактических учреждений – специализированной клинической больницы восстановительного лечения Москвы, городской клинической больницы № 11 Москвы, поликлиники Института клинической фармакологии НЦ ЭСМП Росздрава России, ДКБ Ростовской области. Результаты работы и предложенные технологии отражены в учебном пособии «Мужское сексуальное здоровье и способы его восстановления», рекомендованном Учебно-методическом объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей (№17-29/464 от 25.11.09)

Уровень внедрения – республиканский, местный (муниципальный).

Положения, выносимые на защиту.

1. Более чем у трети обследованных практически здоровых мужчин в возрасте до 35 лет выявляется ухудшение качества полового здоровья, подтверждаемое достоверным снижением параметров сексуальной деятельности. Установленное в выделенной группе мужчин особенности нейро-гуморальных, психо-вегетативных и сегментарных патогенных влияний диктует необходимость проведения специальных восстановительных мероприятий.

2. В ходе проводимой целенаправленной коррекции отмечена умеренная (недостаточная) результативность самостоятельного применения фито- или гомеопатических средств, что объясняется в целом сохранной сексуальной функцией мужчин. Выявленные параллели между силой половой конституции мужчин и эффективностью лекарственной стимуляции подтверждают влияние последней преимущественно за счет внутренних резервов организма.

3. Сочетание гомеопатии с рефлекторными способами воздействия (точечным массажем или динамической электронейростимуляцией)

обеспечивает потенцирование лечебных эффектов, превосходя результаты изолированного применения этих методов. В частности, восстановление сексуальной деятельности у достоверно большего количества мужчин, получавших комплексное воздействие, коррелирует с отчетливыми положительными изменениями объективных характеристик.

Данные комплексы отличаются избирательностью воздействия: при ведущих психо-вегетативных звеньях процесса методикой выбора является сочетание гомеопатии с точечным массажем. С другой стороны, установлено преимущество комплекса из гомеопатии и электронейростимуляции в случае доминирования патогенных рефлекторно-сосудистых механизмов.

4. Метод спектральной фототерапии, объединяющий разноплановые корректирующие влияния, обеспечивает эффективное влияние практически при всех механизмах снижения половой деятельности, являясь в сопоставимом плане наиболее результативной технологией.

5. Данные катamnестического анализа подтверждают устойчивость результатов, достигнутые в ходе предложенных технологий. В свою очередь, установленные на различных этапах исследования особенности применяемых технологий традиционной медицины обеспечивают создание программы восстановления сексуального здоровья мужчины.

Апробация работы. Основные положения работы доложены и обсуждены на 5-ом международном конгрессе «Восстановительная медицина и реабилитация» (Москва, сентябрь 2008), межрегиональной научно-практической конференции «Традиционные технологии восстановительной медицины» (Новосибирск, декабрь 2008 г.), международном научном форуме «Интегративная медицина» (Москва, июнь 2009 г.), 4-ой международной научной конференции «Современные аспекты реабилитации в медицине» (Ереван, сентябрь 2009 г.), 7-ом международном конгрессе «Традиционная медицина» (Москва, октябрь 2009 г.), 20-ой международной гомеопатической конференции (Москва, январь 2010 г.), 16-ой международной конференции «Теоретические и клинические аспекты биорезонансной и

мультирезонансной терапии» (Москва, апрель 2010 г.), межрегиональной конференции «Актуальные вопросы традиционной медицины и клинической реабилитации» (Владикавказ, сентябрь 2010 г.), а также на заседании научно-методического совета ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии» Минздравсоцразвития России (Москва, ноябрь 2010 г.).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 45 работ: 1 монография, 1 учебное пособие с грифом УМО медицинских и фармацевтических вузов России, 11 статей в рекомендованных ВАК научно-практических журналах и 32 тезиса в сборниках научно-практических конференций (2008-2011).

Объем и структура работы. Диссертационная работа изложена на 257 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, глав «Материалы и методы» и «Результаты собственных исследований», обсуждения, выводов, практических рекомендаций и приложения.

Список литературы включает ссылки на 225 источников, из них 145 отечественных и 80 - зарубежных. В качестве иллюстративного материала к диссертации представлено 34 таблицы и 13 рисунков.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Исходно, путем сексологического анкетирования было обследовано 790 практически здоровых мужчин в возрасте от 23 до 35 лет (средний возраст – 29,4 лет), не предъявляющих значимых жалоб соматического характера. В результате анкетирования была выделена группа риска из 284 лиц (36% от всего контингента), характеризующаяся отчетливым ухудшением качества половой деятельности. В свою очередь, 260 из этих 284 мужчин были отобраны для дальнейшего обследования и проведения корректирующих мероприятий.

Установленный уровень половой активности этих мужчин соотносили с показателями (силой) половой конституции. Применение с этой целью

шкалы векторного определения конституции позволяет охарактеризовать индивидуальные генетические и поведенческие аспекты индивидуума. (Г.С.Васильченко с соавт., 1990). Результаты клинико-урологического обследования дополняли данными эхографии предстательной железы. Для оценки формы, размеров и паренхимы простаты использовали аппарат SAL-77A (TOSHIBA, Япония), оснащенный ультразвуковым датчиком с рабочей частотой 3,5 МГц. В ходе неврологического осмотра особое внимание уделяли проявлениям дорсопатии на пояснично-крестцовом уровне.

Уровень половой конституции и сексуальной деятельности мужчин сопоставляли с активностью гипофизарно-гонадной системы - путем радиоиммунной оценки содержания в сыворотке крови гонадотропных гормонов гипофиза (лютеинизирующего, фолликулостимулирующего, пролактина) и половых гормонов – тестостерона, эстрадиола и прогестерона. При этом уровень гонадотропинов определяли с помощью использования тест-наборов «Orion Diagnostica» (Финляндия), половых стероидных гормонов - применяя тест-наборы фирмы «Алкор-био» (г. Санкт-Петербург).

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

Электрофизиологический блок исследования включал методики стимуляционной электронейромиографии, а также ультразвуковой доплерографии подчревных и пенильных артерий. Метод стимуляционной электромиографии (И.И.Горпинченко с соавт., 1986), обеспечивающий анализ состояния нервно-мышечных структур уrogenитальной области, проводили с применением аппарата Sapphire фирмы Medelec (Великобритания). В ответ на электрическую стимуляцию полового нерва

оценивали латентность и амплитуду М-ответа луковично-пещеристой мышцы, характеризующего афферентное звено бульбокавернозного рефлекса.

Автоматическую регистрацию линейной средней скорости потока крови (см/сек) и объемного кровотока (мл/мин) в подчревных артериях – основных приносящих сосудах малого таза, проводили на аппарате SAL-50A фирмы TOSHIBA (Япония) с доплеровской приставкой SDL-01 при рабочей частоте 2,6 МГц. Для оценки линейной скорости в дорзальных артериях полового члена (вне эрографической стимуляции) использовали прибор Versaton (США) при частоте 4,1 МГц. Расчет показателей после выведения сигналов на аппарат SAL-50A проводили по данным встроенного электронного измерителя. С учетом отсутствия существенных различий гемодинамики в парных сосудах (в 2/3 наблюдений – превышение правостороннего кровотока на 5-7%), в работе приведены усредненные результаты исследования одноименных артерий.

С целью восстановления сексуальной деятельности 260 мужчин группы риска были разделены на ряд рандомизированных групп, в которых использовали различные технологии традиционной медицины (подробно эти группы описаны в разделе «Результаты собственных исследований»).

Сопоставимый анализ сексологической эффективности применяемых разнообразных технологий проводили в соответствии с методическими рекомендациями (Л.Г.Агасаров с соавт., 2002). При этом выделяли следующие критерии результативности воздействия: «значительное улучшение» - в виде сочетания положительной динамики как субъективных, так и объективных характеристик состояния половой сферы; «улучшение», проявляющееся положительными сдвигами только субъективных показателей, и «отсутствие эффекта». И хотя, согласно протоколу, была выделена позиция «ухудшение», ни в одном из наблюдений не наблюдалось снижение уровня сексуальной деятельности мужчин.

Исследования проводили в динамике, с анализом исходного статуса мужчин и его изменений в следующие периоды:

- 1) непосредственно по завершению леченого цикла;
- 2) в отставленной фазе - через полгода и год от окончания курсового лечения.

Сама работа складывалась из оценки ряда характеристик – клинических и дополнительных, при этом цифровые показатели подвергали статистической обработке с применением параметрических и непараметрических методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На первом этапе работы путем анкетирования был определен уровень сексуальной деятельности 790 практически здоровых мужчин. 39,2% обследуемых состояло в браке - продолжительностью от одного до десяти лет, имея, как правило, одного и, реже, несколько детей. Остальные мужчины были холосты, причем четвертая часть из них – разведена. Данное исследование, по сути, явилось репрезентативной выборкой, объединившей результаты обследования молодых мужчин, проживающих в Ростовской области и Москве, отражая, скорее всего, общую ситуацию в стране.

В результате этого фрагмента исследования была выделена группа риска из 284 мужчин (36% от всего контингента), характеризующаяся отчетливым снижением уровня половой. В частности, оцениваемые параметры (половой предприимчивости, настроения перед сношением, напряжения полового члена и др.) были на 30-50% снижены по отношению к оптимуму, соответствующему максимальной активности мужчины. При этом нельзя исключить, что представленные характеристики, опирающиеся исключительно на субъективные факторы – ответы респондентов, могут быть даже завышены, отличаясь от действительных.

Соотношение оцениваемых показателей данных лиц и остальной части обследуемых, чьи параметры оказались ближе к оптимальным (обозначенной как группа сравнения), представлено в таблице 1.

Таблица 1

Усредненные параметры половой деятельности обследуемых мужчин

Параметры	Уровень (в баллах)	
	Группа риска (n = 284)	Группа сравнения (n = 506)
Половая предприимчивость	2,0±0,03*	3,3±0,03
Настроение перед сношением	2,2±0,03*	3,2±0,01
Напряжение полового члена	2,2±0,04*	2,8±0,01
Длительность сношения	2,4±0,01*	3,0±0,02
Настроение после сношения	2,4±0,04*	2,9±0,01
Оценка успешности акта	2,4±0,04*	3,0±0,02

Примечание: в скобках – число наблюдений; * - достоверность различий по группам ($p < 0,05$).

Установленное процентное соотношение категорий мужчин с сохранной и сниженной сексуальной функцией в целом соответствует цифрам, приводимым в литературе (Г.Д.Билич, 2008, А.А.Никитин, 2009 и др.).

В свою очередь, 260 из этих 284 мужчин были отобраны для дальнейшего анализа и проведения корригирующих мероприятий. Основное внимание при этом было сосредоточено на тех внутренних и внешних предрасполагающих факторах, которые поддаются восстановительной коррекции. Среди последних следует выделить нейро-гуморальные влияния (Г.С.Васильченко, 1990) и определенные типы нервно-психических расстройств (Б.Д.Карвасарский, 1990). Также фиксировали проявления (стертые) патологии предстательной железы или дорсопатии на пояснично-крестцовом уровне (В.В.Александров, 1997, Г.А.Мхитарян, 2006 и др.).

В результате была подтверждена типичность для обследуемой группы всех указанных негативных моментов. Так, у большей части (56%) мужчин

наблюдалась слабость половой конституции, облегчающая реализацию сексуальных дисфункций (Г.С.Васильченко, 1990). В остальных наблюдениях прослеживались преимущественно средние и, реже, сильные конституциональные типы.

Отмеченные генетически обусловленные характеристики соответствовали уровню активности гипофиз-гонадной системы мужчин. В частности, у лиц с ослабленной половой конституцией снижение уровня тестостерона в сыворотке крови сочеталось с инверсией ($p < 0,05$) соотношения этого и фолликулостимулирующего гормона гипофиза, свидетельствуя о нарушении обратной связи гонады – гипофиз. Выявляемый у данных лиц гормональный дисбаланс объясняется, скорее всего, внутренними, генетическими предпосылками – в виде исходной андрогенной недостаточности (Г.С.Васильченко, 1990, 1992).

Напротив, для мужчин со средней или, тем более, сильной половой конституцией было типичным незначительное снижение концентрации тестостерона в крови при его более благоприятном балансе с уровнем тропных гормонов гипофиза, в первую очередь - ФСГ (таблица 2).

Таблица 2

Соотношение конституциональных и гормональных характеристик мужчин

Группы мужчин / показатели	ТСТ мг/мл	Эстрадиол нмоль/мл	ЛГ мМЕ/мл	ФСГ мМЕ/мл
со слабой половой конституцией (n = 50)	4,80±0,13*	0,09±0,004	3,88±0,12	4,11±0,18*
с сильной или средней конституцией (n = 50)	5,04±0,20	0,09±0,006	3,94±0,15	3,03±0,15
Контроль (n = 20)	5,44±0,33	0,10±0,007	4,02±0,40	2,40±0,29

Примечание: в скобках – количество наблюдений; * - достоверность различий по отношению к контролю ($p < 0,05$).

В ходе оценки психического статуса у 54% мужчин были выявлены патологические проявления, с доминированием признаков астено-

невротизации. Это было подтверждено в ходе психологического тестирования, при характерных изменениях шкал применяемых тестов. Выраженность данных сдвигов подтверждалась отчетливым и достоверным ($F_{\text{превыш.}} = 6,09$; $p < 0,05$) подъемом усредненного профиля МИЛ по I-ой (с превышением 80 Т-баллов) и VI-VIII позициям. Характерным было и снижение всех показателей теста САН, в наибольшей степени ($F_{\text{превыш.}} = 8,72$; $p < 0,01$) – «активности».

Наблюдаемая при этом развернутость вегетативных реакций позволяет сделать вывод о формировании психо-вегетативного синдрома, как правило, резистентного к проводимому воздействию (Б.Д.Карвасарский, 1990, А.М.Свядош, 1997). Распространенность данного феномена даже в юношеской популяции подтверждается данными литературы. В частности, при обследовании более 500 студентов, средний возраст которых составлял 20,3 года, в подавляющем большинстве наблюдений была зафиксировано формирование вегетативной дистонии с вовлечением в процесс различных систем организма (Н.В.Спасова, 2007).

В плане разрабатываемой нами темы следует подчеркнуть, что астено-невротизация мужчин, несомненно, отражается и на качестве половой жизни. Проявляясь, в первую очередь, дезактуализацией этой сферы (Г.С.Васильченко, 1990), она определяет в последующем снижение уровня сексуальной функции (В.Д.Тополянский, М.В.Струковская, 1986).

При оценке сегментарного обеспечения полового аппарата была подтверждена сохранность заинтересованных нервно-мышечных структур, в пользу чего свидетельствовали результаты стимуляционной электронейромиографии. Однако у трети данных лиц были установлены нерезко выраженные признаки патологии простаты (преимущественно в виде застойного варианта) и/или дорсопатии на поясничном уровне. Показано, что подобные сдвиги оказывают негативное влияние за счет реализации ряда эффектов. Одним из них является развертывание рефлекторных вазоспастических реакций в регионе малого таза – в ответ на патологическую

импульсацию именно из тканей простаты или позвоночника (Л.Г.Агасаров, 1998, Л.Г.Агасаров, А.Н.Разумов, 2006).

В частности, было установлено, что доплеровские показатели кровотока в пенильных артериях у большинства обследуемых соответствовали средне-нормативным значениям. С другой стороны, у 23% мужчин наблюдалась тенденция ($p > 0,05$) к снижению уровня объемного кровотока в подчревных артериях – основных приносящих сосудах малого таза. Подтверждением рефлекторного характера выявляемых реакций – в ответ на патологические уро- или вертеброгенные влияния (В.А.Александров, 1997, Г.А.Мхитарян, 2005 и др.) являлось отсутствие латерализации изменений в парных сосудах, а также диссоциация уровня кровотока в регионарных и периферических артериях. В свою очередь, данный феномен может опосредованно провоцировать снижение кровенаполнения кавернозных тел, препятствуя достаточному напряжению полового члена во время сношения – на пике эрекции.

Обобщая представленные данные, следует подчеркнуть, что у подавляющего большинства мужчин группы риска прослеживается переплетение и взаимовлияние гуморальных, астено-невротических и вазовегетативных влияний, обуславливающих ухудшение сексуального здоровья. Иначе говоря, речь идет о формировании замкнутого патологического круга, обуславливающего напряжение и срыв гомеостаза и адаптационных механизмов. Здесь также следует выделить вероятность развития десинхронозов в виде нарушения внутри – и межсистемных механизмов регуляции функций целостного организма (С.Г.Кривошеков с соавт., 2003, Н.А.Агаджанян с соавт., 2005 и др.).

В свою очередь, выявленное снижение сексуальной функции мужчин подводит к другой важной задаче - коррекции ее в целом неудовлетворительного уровня. Таким образом, заостряется вопрос о необходимости разработки программы восстановительных мероприятий, направленных на улучшение сексуальной деятельности мужчин.

В связи с этим в клинической фазе исследования был проведен сравнительный анализ эффективности ряда корректирующих технологий, с уточнением механизмов сексологического эффекта. При этом изучение влияния данных подходов на всю совокупность клинических признаков обеспечило интегральную оценку их результативности. В таком случае можно говорить о конкретных шагах к созданию программы первичной профилактики сексуальных дисфункций.

Следует указать, что анализ соответствующей литературы и логика самого профилактического направления подтверждают целесообразность применения в данном случае физиологичных и доступных корректирующих методик (Г.Лувсан, 2000, Л.Г.Агасаров, А.Н.Разумов, 2006 и др.). В рамках поставленной задачи мы остановились на различных схемах использования лекарственного и физического воздействия.

Первый этап данного исследования был посвящен оценке механизмов и эффективности самостоятельного применения специфических фито- и гомеопатических препаратов. Для выполнения поставленной задачи обследуемые были разделены на 4 группы, каждая – из 20 лиц. В двух первых группах применяли отечественные гомеопатические средства: в 1-ой – «Адам», во 2-ой - «Эректин». В 3-ей группе назначали фитотерапевтический препарат «Верона» (Пакистан). В группе сравнения использовали плацебо, имитирующего по внешним признакам лекарственный препарат. Длительность воздействия (а этот показатель важен для сравнения применяемых технологий), во всех группах составила 6 недель, с ежедневным приемом средств,

При этом учитывались как особенности сексологической ситуации, находящейся на грани между «нормой» и патологией, так и сведения о недостаточной результативности самостоятельного использования одного из препаратов – «Адам» (А.А.Никитин, 2009). Тем не менее, в трех основных группах восстановление сексуальной функции отметило сопоставимое количество мужчин - 45-50%, при равном соотношении позиций

«значительное улучшение» и «улучшение». В группе сравнения улучшение половой функции было выявлено всего у 30% мужчин, т.е., не выходя за рамки эффективности плацебо (таблица 3).

Таблица 3

Результативность воздействия в сравниваемых группах

Группы	Сдвиги в сексуальной сфере					
	Значительное улучшение		Улучшение		Без эффекта	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-ая (20)	8	40	5	25	7	35
2-ая (20)	6	30	7	35	7	35
3-ья (20)	6	30	5	25	9	45
Сравнения (20)	1	5	5	25	14	70
Критерий Пирсона χ^2 различия с группой сравнения	χ^2 для 1-й группы =7,77; p<0,05 χ^2 для 2-й группы =6,23; p>0,05 χ^2 для 3-й группы =4,65; p>0,05					

В скобках – число наблюдений.

Показатели половой деятельности (предприимчивости, степени эрекции, продолжительности акта и др.) мужчин возрастали в основных группах среднем на 15-20% по отношению к исходному уровню, а в группе сравнения – в пределах 10%.

В плане трактовки полученных результатов принципиально важным является факт, что во всех группах мужчины с улучшением состояния отличались в абсолютном большинстве сильной или средней половой конституцией. В таком случае реализацию эффектов следует отнести за счет «включения» внутренних, функциональных резервов организма (Г.С.Васильченко, 1990). С другой стороны, при слабости половой конституции и так исходно уменьшенные резервные возможности ограничивали терапевтические возможности метода.

В ходе объективного анализа была отмечена мозаичность изменений в состоянии сексуальной сферы мужчин. В частности, только в результате

приема гомеопатических медикаментов установлено улучшение гормонального профиля в виде тенденции ($p>0,05$) к восстановлению равновесия между уровнем тестостерона и фолликулостимулирующего гормона гипофиза (таблица 4).

Таблица 4

Динамика показателей состояния системы «гипофиз-гонады»
в сравниваемых группах

Группы	Показатели				
		ТСТ мг/мл	Эстрадиол нмоль/мл	ЛГ мМЕ/мл	ФСГ мМЕ/мл
1-ая (n =10)	1	4,82±0,50	0,086±0,007	3,95±0,33	3,66±1,06
	2	4,92±0,55	0,091±0,011	3,96±0,46	3,45±1,20
2-ья (n =9)	1	4,8±0,73	0,085±0,009	3,94±0,36	3,71±1,14
	2	4,85±0,60	0,093±0,009	3,97±0,45	3,65±1,20
3-ья (n =10)	1	4,83±0,72	0,081±0,009	3,96±0,36	3,68±1,14
	2	4,82±0,60	0,082±0,009	3,92±0,45	3,56±1,18
Сравнения (5)	1	4,84±0,28	0,086±0,009	3,93±0,36	3,68±0,98
	2	4,82±0,54	0,088±0,010	3,93±0,52	3,70±1,11
Контроль (n =20)		5,44±0,53	0,105±0,008	4,02±1,13	2,41±0,89

Примечание: в скобках – количество наблюдений; 1, 2 – уровень параметров до и по завершению коррекции.

Отмеченное умеренное андрогенное влияние гомеопатических препаратов может объясняться сбалансированным подбором их компонентов (А.А.Марьяновский, 2008).

Наблюдаемые изменения в психическом статусе обследуемых мужчин всех групп, отметивших восстановление половой функции, проявлялись устранением признаков астено-невротизации. Однако в 61% наблюдений они были незначительны, что подтверждалось результатами психологического тестирования, с сохранением исходных неблагоприятных

характеристик примененных тестов. Данная особенность может трактоваться, помимо недостаточной эффективности лекарственной стимуляции, сохранением значимых для личности психотравмирующих ситуаций, не носящих собственно сексуального характера (Б.Д.Карвасарский, 1991).

Тем не менее, заключительный анализ теста МИЛ отразил умеренное ($p>0,05$) падение исходного пика по 1-ой шкале (в среднем на 5-8 Т-баллов) и относительно благоприятное расположение позиций в правой части графика. Также наблюдалось умеренное ($p>0,05$) повышение показателей САН, преимущественно – «самочувствия» и «активности».

По результатам сосудистого анализа ни в одной из групп мужчин не наблюдалось редукции регионарных вазо-спастических реакций. Представленный факт объясним, так как регресс рефлекторно-сосудистых сдвигов обеспечивается применением иных, в первую очередь, физических методик (И.П.Кипервас, 1988, Л.Г.Агасаров, 1992).

Таким образом, подтверждено, что лекарственное воздействие обеспечивает умеренное по выраженности влияние на сексуальную сферу, превосходящее, тем не менее, характеристики плацебо-стимуляции. Установленная невысокая результативность применяемых средств может парадоксально объясняться сохранной в целом сексуальной сферой обследуемых лиц, тогда как в условиях отчетливой патологии результативность подобного воздействия повышается до 60-65% (Л.Г.Агасаров с соавт., 2002).

Данный факт подтверждает целесообразность дополнительного использования физических методов, в частности, технологий рефлексотерапии. Исходя из этого, очередной этап исследования был направлен на раскрытие механизмов и терапевтических возможностей комплексного подхода, объединившего гомеопатию и точечный массаж. 60 мужчин были разделены на 3 группы, каждая по 20 человек. В двух основных группах точечный массаж проводили одновременно с приемом

гомеопатических препаратов: в 1-ой группе - «Адама», во 2-ой - «Эректина». В группе сравнения точечный массаж выполняли на фоне гомеопатического плацебо. В ходе массажа стимулировали 8-10 точек, соблюдая правила рефлексотерапии при половых дисфункциях (Л.Г.Агасаров, 2001). Длительность курсового воздействия в группах, как и в предыдущем разделе, составила 6 недель.

В результате мужчины двух основных групп указали на улучшение сексуальной деятельности в 60 и 55% наблюдений соответственно, при равном соотношении позиций «значительное улучшение» и «улучшение». В группе сравнения улучшение качества половых функций прослеживалось в 40% наблюдений, отражая умеренные возможности собственно точечного массажа (таблица 5).

Таким образом, результативность рефлексотерапно-гомеопатического комплекса достоверно превышала подобные положительные сдвиги в случае самостоятельного применения медикаментов.

Таблица 5
Результативность сравниваемых методик воздействия

Группы	Состояние сексуальной сферы						
	Значительное улучшение		Улучшение		Без эффекта		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1-ая (n=20)	7	35	7	35	6	40	
2-ая (n=20)	6	30	8	40	6	30	
3-ья (n=20)	1	10	5	25	14	65	
Различие распределений по критерию Пирсона		$\chi^2_{1,2}=0,14; p>0,05$ $\chi^2_{1,3}=8,03; p<0,05$ $\chi^2_{2,3}=7,46; p<0,05$					

Примечание: в скобках - количество наблюдений.

Различия в эффективности применяемых подходов соответствовали изменению параметров сексуальной деятельности обследуемых. Так, в основных группах оцениваемые позиции возрастали в среднем на 30-35%, тогда как в группе сравнения – максимум до 20%. При этом важно, что

положительные сдвиги в основных группах прослеживались у лиц не только с сильной или средней, но и слабой (в 25% случаев) половой конституцией.

Таким образом, в данном случае эффект обеспечивался за счет задействия не только функциональных резервов, но и других, дополнительных механизмов. В частности, в ходе подобной коррекции устранялись признаки нерезко выраженной уро- или вертеброгенной патологии, что свидетельствовало в пользу потенцирования механизмов методик.

Клинические данные были верифицированы результатами дополнительного обследования. При этом в основных группах изменения в активности гипофиз-гонадной системы мужчин, указавших на улучшение состояния, носили отчетливый характер. В частности, позитивные сдвиги в соотношении концентрации тестостерона и фолликулостимулирующего гормона гипофиза (в отличие от самостоятельного применения медикаментов) приобретали достоверный ($p < 0,05$) характер. Напротив, в группе сравнения, где ведущим, по сути, являлся физический метод воздействия, не прослеживалось явных изменений в активности гипофиз-гонадной системы (таблица 6).

Установленный факт объяснялся, как и в предыдущем разделе, андрогенным влиянием гомеопатических средств - за счет оптимального подбора компонентов, однако дополненным раздражением специфических точек рефлексотерапии, обеспечивающих активацию гуморальных систем (А.М.Василенко, 2002). При этом сопоставимость степени улучшения в сексуальной сфере и нормализации активности гипофиз-гонадной системы свидетельствовала о взаимообусловленности данных изменений.

С другой стороны, подобная зависимость не прослеживалась в отношении психического состояния наблюдаемых лиц. Так, у половины мужчин всех групп сохранялись психопатологические тенденции, подтвержденные результатами тестирования. Как и в предыдущем разделе, данная особенность объяснялась сохранением значимых

психотравмирующих ситуаций, не носящих собственно сексуального характера.

Таблица 6

Динамика показателей состояния системы «гипофиз-гонады»
в сравниваемых группах

Группы	Показатели				
		ТСТ мг/мл	Эстрадиол нмоль/мл	ЛГ мМЕ/мл	ФСГ мМЕ/мл
1-ая (n =12)	1	4,82±0,55	0,086±0,007	3,92±0,4	3,66±1,06
	2	5,17±0,51*	0,092±0,011	3,93±0,6	3,15±1,10*
2-ья (n =11)	1	4,78±0,67	0,085±0,009	3,90±0,6	3,71±1,14
	2	5,13±0,56*	0,094±0,009	3,94±0,5	3,23±1,20*
3-ья (n =8)	1	4,84±0,60	0,086±0,009	3,92±0,6	3,68±0,79
	2	4,82±0,52	0,086±0,011	3,95±0,5	3,72±1,12
Контроль (n =20)		5,44±0,53	0,102±0,010	4,02±1,1	2,43±0,89

Примечание: в скобках – количество наблюдений; 1, 2 – уровень параметров до и по завершению коррекции; * - достоверность изменений ($p < 0,05$) по разностному критерию Стьюдента.

Тем не менее, во 1-ой группе наблюдаемые изменения носили более отчетливый характер, что подтверждалось данными психологического тестирования. Заключительный анализ теста МИЛ отразил здесь достоверное ($p < 0,05$) падение исходного пика по 1-ой шкале (в среднем на 15 Т-баллов) и относительно благоприятное расположение позиций в правой части графика. Положительные сдвиги в состоянии психической сферы были подтверждены и повышением показателей САН, преимущественно – «активности» и «настроения»

Кроме того, при анализе сосудистого обеспечения половой функции во всех группах были отмечены благоприятные ($p > 0,05$, в виде тенденции) изменения регионарного кровообращения, в частности, умеренное повышение уровня объемного кровотока в подчревных артериях. Данный

эффект объясняется в первую очередь влиянием рефлекторной терапии, за счет раздражения «сосудистых» точек.

Таким образом, в ходе предложенной технологии прослеживается потенцирование эффектов гомеопатии и точечного массажа. Более того, полученные данные отражают системное влияние предложенного комплекса на состояние сексуальной сферы мужчин. В частности, в ходе этого вида коррекции прослеживается характерное андрогенное влияние, дополненное мягким сосудистым эффектом.

В следующей фазе исследования были проанализированы механизмы и результативность еще одной технологии, объединяющей гомеопатию и динамическую электронейростимуляцию (ДЭНС). При этом, ориентируясь на результаты предыдущих разделов, в качестве гомеопатического компонента разработанного комплекса был выбран препарат «Адам».

Находящиеся под наблюдением 60 мужчин были разделены на 3 группы каждая из 20 человек. В 1-ой группе ДЭНС проводили на фоне гомеопатического плацебо. В 2-ой группе выполняли комплексное воздействие, объединяющее прием препарата «Адам» и электронейростимуляцию. В группе сравнения выполняли плацебо, имитируя уже методику ДЭНС. При этом электронейростимуляцию (прибор ДиаДЭНС-ПКМ), с воздействием на точки пояснично-крестцовой и надлобковой области, проводили по стабильно-лабильной методике с 30-ти минутной экспозицией. Аналогично предыдущим разделам, продолжительность воздействия в группах составила 6 недель.

В результате в 1-ой группе улучшение отметило 50% мужчин, тогда как во 2-ой группе прослеживалось потенцирование достигаемых эффектов – с ростом суммарного показателя улучшения до 65%. В группе сравнения, напротив, повышение сексуальной функции отметило всего 30% мужчин (таблица 7). Различия в эффективности данных технологий коррелировали со степенью изменений параметров сексуальной деятельности: если в двух

первых группах они возрастали в среднем на 25-30%, то в группе сравнения – в пределах 15%.

Таблица 7

Результативность сравниваемых методик воздействия

Группы	Состояние сексуальной сферы					
	Значительное улучшение		Улучшение		Без эффекта	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-ая (n=20)	5	25	6	30	9	45
2-ая (n=20)	8	40	8	40	4	20
Сравнения (n=20)	2	10	4	20	14	70
Различие распределений по критерию Пирсона	$\chi^2_{1,2}=2.90; p>0,05$ $\chi^2_{1,3}=2,77; p>0,05$ $\chi^2_{2,3}=10.5; p<0,01$					

Примечание: n - количество наблюдений.

Примечательно, что положительные сдвиги в случае сочетанного назначения гомеопатического препарата и электронейростимуляции, в отличие от других групп, наблюдались у лиц не только с сильной или средней, но и ослабленной половой конституцией.

При анализе динамики объективных характеристик в 1-ой группе, т.е., по сути самостоятельного применения ДЭНС, а тем более в группе сравнения, не прослеживалось достоверных изменений в активности гипофиз-гонадной системы. Напротив, во 2-ой группе, в случае комплексного применения гомеопатии и электростимуляции, положительные изменения в соотношении тестостерона и ФСГ приобретали достоверный характер. Установленный факт опять-таки объяснялся потенцированием эффектов лекарственного и физического методов воздействия (таблица 8).

Как и в предыдущих разделах, благоприятные изменения психического статуса, несмотря на достигаемый сексологический эффект, прослеживались только у половины мужчин с улучшением состояния. В частности, заключительный анализ теста МИЛ мужчин 2-ой группы свидетельствовал

об умеренном ($p > 0,05$) снижении исходного пика по 1-ой шкале и некотором улучшении расположения позиций в правой части графика. Параллельно возрастали показатели САН, в первую очередь – «активность».

Таблица 8

Динамика показателей состояния системы «гипофиз-гонады» ($M \pm m$) в сравниваемых группах

Группы	Показатели				
		ТСТ мг/мл	Эстрадиол нмоль/мл	ЛГ мМЕ/мл	ФСГ мМЕ/мл
1-ая (n =10)	1	4,78±0,67	0,078±0,010	3,95±0,33	3,6±1,0
	2	4,85±0,45	0,089±0,011	3,96±0,46	3,4±1,1
2-ья (n =13)	1	4,84±0,75	0,081±0,009	3,92±0,36	3,7±1,1
	2	5,15±0,60*	0,090±0,009	3,90±0,45	3,1±1,0*
3-ья (n =6)	1	4,89±0,61	0,083±0,009	3,96±0,38	3,6±1,0
	2	4,86±0,52	0,082±0,010	3,92±0,52	3,7±0,9
Контроль (n =20)		5,44±0,53	0,102±0,008	4,03±1,10	2,4±0,9

Примечание: в скобках – количество наблюдений; 1,2 – уровень параметров до и по завершению коррекции; * - достоверность изменений ($p < 0,05$) по разностному критерию Стьюдента.

В ходе уточнения динамики показателей регионарного кровообращения в двух первых группах, в отличие от 3-ей, были отмечены благоприятные изменения, в частности, повышение ($p > 0,05$) уровня объемного кровотока в подчревных артериях. Установленные здесь положительные сдвиги мы связывали преимущественно с лечебными эффектами физической методики - электронейростимуляции. Следует также особо подчеркнуть, что в этом плане ДЭНС к тому же превосходила (недостоверно) «сосудистое» влияние точечного массажа.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют об эффективности предложенного комплекса. Дополнительным преимуществом электронейростимуляции является возможность выполнения ее в бытовых

условиях, причем не только самим мужчиной, но и его сексуальной партнершей, что уже несет дополнительный психотерапевтический заряд.

На завершающем этапе клинической фазы был выполнен анализ механизмов и эффективности метода спектральной фототерапии (СФТ). Процедуры осуществляли с помощью аппаратного комплекса «СПЕКТО-Р» (Россия), путем раздражения рефлексогенных зон. С этой целью применяли газоразрядные лампы, оснащенные источниками с различным набором спектральных линий длин волн светового излучения. При этом использовали лампы, тело свечения которых представлено элементами «марганец» и «медь», что объяснялось их сосудистым, иммуномодулирующим и противовоспалительным влиянием.

Было сформировано 3 группы, по 20 мужчин в каждой. В 1-ой группе спектральную фототерапию проводили по стандартной развернутой схеме, путем стимуляция акупунктурных точек, локализованных в области волосистой части головы (блок «центральная нервная система»), паравертебрально («периферическая нервная система») и надлобковой зоне («мочевыделительная система») в течение 60 минут. Во 2-ой группе применяли экспресс-вариант подобного воздействия - путем 20-минутного раздражения исключительно точек волосистой части головы. В группе сравнения выполняли плацебо воздействие, имитируя метод СФТ. Независимо от выбранных схем фототерапии, ее курс состоял из 10 процедур, выполняемых через день. Таким образом, в отличие от других технологий, охватывающих 6-ти недельный интервал, данный тип коррекции укладывался в 3 недели.

В результате в 1-ой группе улучшение в сексуальной деятельности отметило 70% мужчин, а во 2-ой – недостоверно меньше, 65%. При этом благоприятная динамика показателей в обеих группах отмечалась у лиц не только с сильной или средней, но и слабой половой конституцией. В группе сравнения восстановление половых функций было установлено в 30%

наблюдений, исключительно у мужчин с сильной половой конституцией (таблица 9).

Таблица 9

Результативность сравниваемых методов воздействия

Группы	Состояние сексуальной сферы					
	Значительное улучшение		Улучшение		Без эффекта	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-ая (n=20)	7	35	8	40	5	25
2-ая (n=20)	6	30	9	45	5	35
Сравнения (n=20)	2	10	4	20	14	70
Различие распределений по критерию Пирсона	$\chi^2_{1,2}=0,13; p>0,05$ $\chi^2_{1,3}=8,37; p<0,05$ $\chi^2_{2,3}=8,18; p<0,05$					

Примечание: в скобках - количество наблюдений

Соответственно, позиции сексуальной деятельности в 1-ой группе возрастали в среднем на 25-35%, во 2-ой – на 30%, а в группе сравнения – в пределах 20%. Иначе говоря, экспресс-метод по своей результативности незначительно уступал стандартной технике спектральной фототерапии.

В ходе объективного анализа в основных группах наблюдалось достоверное ($p<0,05$) и сопоставимое улучшение гормонального фона - в виде восстановления равновесия между уровнем тестостерона и фолликулостимулирующего гормона гипофиза. Таким образом, подтверждалась реализация андрогенного эффекта, не уступающего и даже превосходящего (недостоверно) возможности сочетания гомеопатической и рефлекторной стимуляции. Напротив, в группе сравнения значимых изменений в гормональном статусе обследуемых не наблюдалось (таблица 10).

Сходная картина распределения эффектов наблюдалась и при психологическом обследовании мужчин. Положительные изменения (в виде редукции астено-невротических проявлений) в основных группах носили

сопоставимый характер и проявлялись в процентном отношении (62% наблюдений) большей частотой, чем при использовании других технологий. Напротив, в группе сравнения отчетливые изменения в психическом статусе мужчин наблюдались в 20% случаев.

Таблица 10

Динамика показателей состояния системы «гипофиз-гонады»
в сравниваемых группах

Группы	Показатели				
		ТСТ мг/мл	Эстрадиол нмоль/мл	ЛГ мМЕ/мл	ФСГ мМЕ/мл
1-ая (n =10)	1	4,78±0,67	0,087±0,009	3,91±0,45	3,6±1,10
	2	5,23±0,52*	0,091±0,012	3,94±0,34	3,0±0,92*
2-ья (n =13)	1	4,81±0,67	0,088±0,009	3,91±0,36	3,7±1,15
	2	5,15±0,60*	0,094±0,012	3,97±0,55	3,1±1,03*
3-ья (n =6)	1	4,87±0,33	0,082±0,009	3,95±0,56	3,6±0,95
	2	4,86±0,45	0,084±0,015	3,94±0,45	3,5±1,10
Контроль (n =20)		5,44±0,53	0,102±0,011	4,02±1,01	2,4±0,89

Примечание: в скобках – количество наблюдений; 1,2 – уровень параметров до и по завершению коррекции; * - достоверность изменений ($p < 0,05$) по разностному критерию Стьюдента.

Данные различия были верифицированы характерными изменениями психологического профиля. В случае применения обеих схем спектральной фототерапии наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) падение исходного подъема по 1-ой шкале теста МИЛ (в среднем на 15 Т-баллов) и отчетливое снижение позиций в правой части графика. Положительные сдвиги в состоянии психической сферы были подтверждены равномерным и достоверным повышением всех показателей САН.

Оба варианта спектральной фототерапии также были результативны в плане улучшения регионарного кровообращения. В основных группах, в отличие от группы сравнения, была отмечена тенденция к восстановлению уровня объемного кровотока в подчревных артериях. Данные сдвиги в

известной степени можно связать с устранением стертых признаков уро - или вертеброгенной патологии.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о положительном влиянии метода спектральной фототерапии на различные компоненты сексуальной сферы мужчин. При этом СФТ, не уступая другим технологиям в реализации нейро-гуморального влияния, превосходила их в степени достижения других эффектов. Кроме того, дополнительным преимуществом методики, в отличие от других примененных в работе подходов, является ее непродолжительность. Примечательно, что сходные положительные результаты были получены в результате применения как стандартного трудоемкого, так и предложенного нами экспресс варианта фототерапии.

В целом, результаты клинической фазы свидетельствуют о системном влиянии медикаментозно-рефлекторных комплексов и спектральной фототерапии на сексуальную сферу мужчин, превосходя возможности самостоятельного применения лекарственных средств. В этой связи следует еще раз указать, что медикаментозное воздействие обеспечивает преимущественно умеренное андрогенное влияние, тогда как при других подходах реализуются дополнительные лечебные механизмы.

Также необходимо выделить возможности дифференцированного применения технологий. В частности, несмотря на сопоставимую результативность двух разработанных комплексов, установлено преимущество сочетания гомеопатии и электронейростимуляции в случае ведущих вазоспастических механизмов. И, наконец, представленные данные свидетельствуют о терапевтическом превосходстве, в сравнении с другими технологиями, спектральной фототерапии.

Катамнестический анализ, проведенный через полгода по завершению предложенных вариантов коррекции, подтвердил сохранение основных тенденций, отмеченных на предыдущем этапе. Так, была установлена

недостаточная устойчивость эффектов в случае самостоятельного использования медикаментов, не превышающая 35-40% (таблица 11).

Таблица 11

Катамнестическая оценка результативности лекарственной коррекции

Группы	Суммация показателей «значительного улучшения» и «улучшения»					
	n	После лечения		N	Через 6 месяцев	
		Абс.	%		Абс.	%
1-ая	20	11	55	12	6	50
2-ая	20	10	50	10	4	40
3-ья	20	12	60	10	4	40
сравнения	20	4	20	12	2	17
Различие с группой сравнения по точному методу Фишера		$P_1=0,021$ $P_2=0,034$ $P_3=0,009$			$P_1=0,08$ $P_2=0,19$ $P_3=0,19$	

Примечание: n - количество наблюдений на 1 и 2-ом этапах исследования.

При этом цифровые показатели, отражающие уровень сексуальной деятельности, коррелировали с объективными характеристиками. Так, в группах сохранялся относительно благоприятный баланс содержания в крови тестостерона и фолликулостимулирующего гормона гипофиза. С другой стороны, наблюдалось нарастание признаков астено-невротизации, подтвержденное результатами психологического тестирования. Помимо этого, показатели объемного кровотока в подчревных артериях мужчин оставались на прежнем, неудовлетворительном уровне.

Представленные факты подтверждают необходимость дополнения лекарственной стимуляции физическим воздействием. Так, в основных группах в ответ на сочетанное применение точечного массажа и гомеопатии (независимо от выбранного медикамента) достигнутый уровень сексуальной деятельности сохранили в среднем 60% мужчин, практически вдвое превышая аналогичный показатель группы сравнения (таблица 12).

Катамнестическая оценка результативности сравниваемых технологий

Группы	Суммация показателей «значительного улучшения» и «улучшения»					
	n	После лечения		N	Через 6 месяцев	
		Абс.	%		Абс.	%
1-ая	20	13	65	18	9	50
2-ая	20	12	60	9	6	67
Сравнения	20	5	25	8	1	13
Различие с группой сравнения по точному методу Фишера		P ₁ =0,012 P ₂ =0,022			P ₁ =0,07 P ₂ =0,03	

Примечание: n - количество наблюдений на 1 и 2-ом этапах исследования

Представленные характеристики были дополнены результатами объективного обследования. Установлено, что только комплексный подход обеспечивал сохранение благоприятных изменений как в состоянии гипофиз-гонадной системы, так и в психическом статусе. К преимуществам предложенного подхода, помимо других эффектов, следует также отнести устойчивость (умеренную) сосудистого эффекта.

Сходные в целом результаты обеспечивал комплекс из гомеопатии и динамической электростимуляции: сохранность результатов здесь составила 63%. Показатели 2-ой (имитация ДЭНС) или 3-ей группы (ДЭНС на фоне гомеопатического плацебо) уступали представленной цифре (таблица 13).

Результаты объективного обследования подтвердили надежность используемого комплекса. Как и по завершению коррекции, только в этой группе прослеживался удовлетворительный уровень активности гипофиз-гонадной системы и относительно благоприятное расположение шкал психологических тестов. Наблюдаемый положительный гормональный

эффект, по всей видимости, обусловлен сложением возможностей гомеопатии и нейростимуляции. В подтверждение этого, в других группах, не получавших гомеопатического воздействия, сохранялась инверсия содержания тестостерона и фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови.

Таблица 13

Катамнестическая оценка результативности сравниваемых технологий

Группы	Суммация показателей «значительного улучшения» и «улучшения»					
	n	После лечения		n	Через 6 месяцев	
		Абс.	%		Абс.	%
1-ая	20	9	45	9	5	55
2-ая	20	14	70	15	10	67
3-ья	20	6	30	6	1	17
Различие с группой сравнения по точному методу Фишера		P ₁ =0,168 P ₂ =0,011		P ₁ =0,062 P ₂ =0,051		

Примечание: n – количество наблюдений на 1 и 2-ом этапах исследования

С другой стороны, благоприятные изменения сосудистого фона, наблюдаемые на первом этапе коррекции, были устойчивы только в случае применения ДЭНС - как сочетано с лекарственной стимуляцией, так и самостоятельно. Более того, в этом плане обе схемы электронейростимуляции превосходили (недостаточно, $p > 0,05$) возможности комплекса из точечного массажа и гомеопатии.

Катамнестический анализ продемонстрировал терапевтическую надежность обоих вариантов спектральной фототерапии. В частности, удовлетворительный уровень половой деятельности у мужчин этих групп сохранялся в 60% и 50 наблюдений соответственно, тогда как в группе сравнения, имитирующей СФТ – всего в 25% случаев (таблица 14).

Клинические характеристики были дополнены результатами объективного обследования. В частности, только в основных группах был отмечен удовлетворительный уровень активности гипофиз-гонадной системы - в виде сохранения достигнутого равновесия между содержанием тестостерона и фолликулостимулирующего гормона гипофиза.

Таблица 14

Катамнестическая оценка результативности сравниваемых технологий

Группы	Суммация показателей «значительного улучшения» и «улучшения»					
	n	После лечения		n	Через 6 месяцев	
		Абс.	%		Абс.	%
1-ая	20	14	70	10	6	60
2-ая	20	13	65	10	5	50
Сравнения	20	5	25	8	1	13
Различие с группой сравнения по точному методу Фишера		P ₁ =0,004 P ₂ =0,011		P ₁ =0,053 P ₂ =0,011		

Примечание: n - количество наблюдений на 1-ом и 2-ом этапах исследования

Помимо этого, у мужчин основных групп отмечалось удовлетворительное расположение шкал психологического профиля – в виде сохранения исходного рисунка МИЛ и удовлетворительности всех позиций САН.

Благоприятные изменения объемного кровотока в подчревных артериях, достигаемые на первом этапе, также носили устойчивый характер только в этих группах, подтверждая, таким образом, положительное сосудистое влияние спектральной фототерапии.

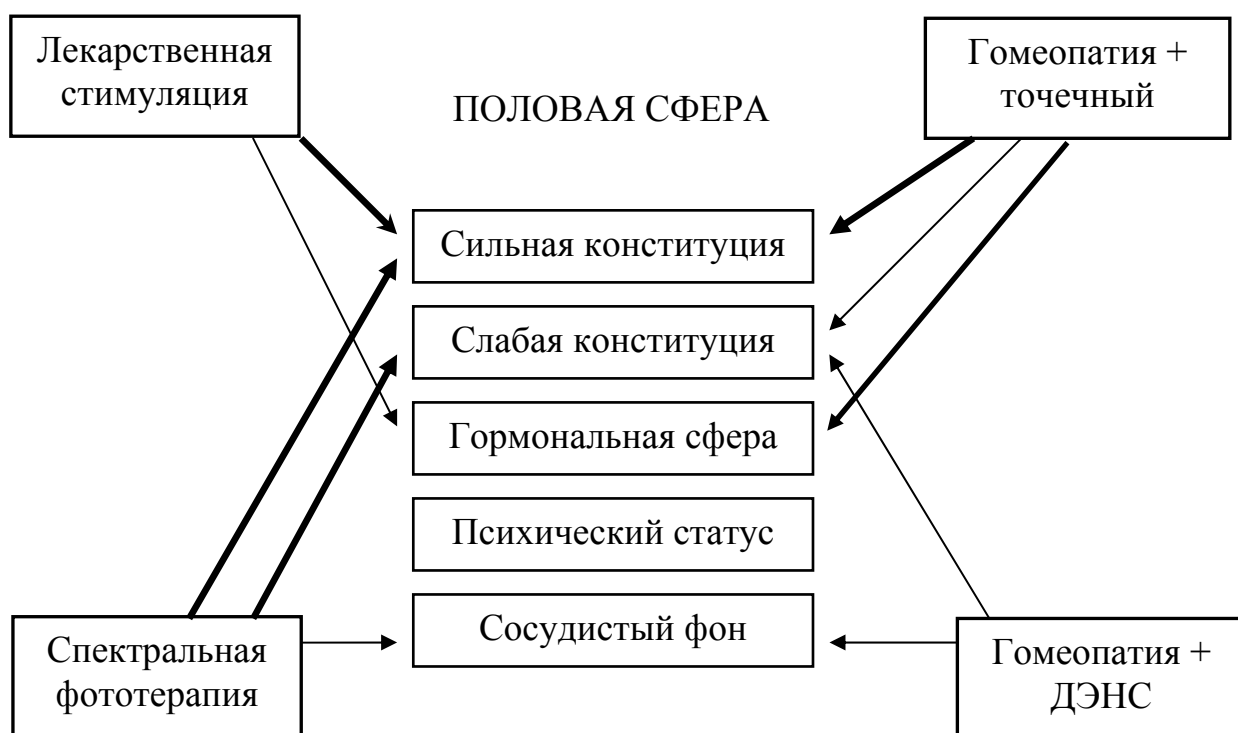
В целом, полученные данные свидетельствуют об устойчивом влиянии фототерапии на сексуальную сферу мужчин. Причем в практическом плане важно, что сходные в целом положительные результаты были получены в результате применения стандартного трудоемкого и экспресс варианта СФТ.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о терапевтической надежности, в отличие от самостоятельного применения лекарственных средств, сочетанных технологий и двух вариантов спектральной фототерапии.

Важно, что эти подходы оказывают в целом однонаправленное влияние на сексуальную сферу мужчин группы риска, однако, варьирующее в зависимости от выбранного подхода. При этом нормализацию (или тенденцию к ней) нейро-гуморального, психического и сосудистого фона мы связывали с сопоставимым влиянием двух предложенных вариантов комплексного воздействия. Однако следует указать, что в случае доминирующего вазо-рефлекторного звена процесса большей результативностью отличается сочетание гомеопатии и электронейростимуляции. Подобная положительная характеристика, с устранением большинства имеющихся сдвигов, в полной мере присуща и спектральной фототерапии и, в том числе, разработанного экспресс – варианта метода (таблица 15).

Таблица 15

Основные характеристики примененных технологий



В целом, выполненная работа открывает перспективы создания и внедрения в практику комплексной программы мероприятий, направленных на восстановление мужского сексуального здоровья.

ВЫВОДЫ

1. Анализ сексуальной функции практически здоровых мужчин в возрасте до 35 лет позволяет выделить обширную группу (36% от всех обследуемых), характеризующуюся достоверным снижением параметров половой деятельности - на 30-50% по отношению к оптимуму. Установленное переплетение нейро-гуморальных, психо-вегетативных и сегментарных влияний, лежащих в основе снижения половой функции, определяет необходимость проведения в данной группе мероприятий, представленных «мягкими» технологиями традиционной медицины.

2. В ходе сопоставимого анализа установлены значимые различия в механизмах действия и эффективности предложенных технологий. В частности, умеренная (в 50% наблюдений) эффективность самостоятельного применения медикаментов, наблюдаемая у лиц с сильной половой конституцией, объясняется исключительно андрогенным влиянием, способствующим «включению» функциональных резервов именно у этой категории мужчин.

3. Предложенные, с учетом этого, комплексы, объединяющие гомеопатию и физическое воздействие (точечный массаж или динамическую электростимуляцию), оказывают отчетливое положительное влияние на мужскую половую сферу – вследствие потенцирования лечебных эффектов. В этом случае нормализацию сексуальной функции отметило в среднем 63% мужчин, что достоверно превосходит результаты изолированного применения медикаментов. Важно, что эти группы были представлены лицами как с сильной, так и слабой половой конституцией. Таким образом,

наблюдаемый эффект обеспечивался не только за счет функциональных резервов, но и других механизмов – нейро-адаптивных, сосудистых и др.

4. Установленное преимущество рефлекторно-гомеопатических комплексов подтверждается данными объективного обследования. Только в случае их применения, в отличие от сравниваемых групп, прослеживалось достоверное улучшение гормонального профиля - в виде восстановления равновесия между уровнем тестостерона и тропных гормонов гипофиза. Подобные сдвиги объясняются сложением андрогенного влияния как гомеопатических средств, так и раздражения точек рефлексотерапии. Кроме того, в ходе комплексной коррекции в большем количестве (58%) наблюдений, чем в других группах, отмечалась редукция выраженности астено-невротических проявлений, подтверждаемая результатами психологического тестирования. Также параллельно были отмечены благоприятные изменения (в виде тенденции) уровня регионарного кровообращения малого таза.

Подтверждено, что данные комплексы отличаются избирательностью действия: при ведущих психо-вегетативных звеньях процесса методикой выбора является сочетание гомеопатии с точечным массажем. С другой стороны, в случае превалирования рефлекторно-сосудистых механизмов установлено преимущество комплекса из гомеопатии и динамической электростимуляции.

5. Метод спектральной фототерапии, обеспечивающий разноплановое корректирующее влияние, является в сопоставимом плане наиболее эффективной технологией. При этом сходные положительные результаты были получены в ходе применения стандартного трудоемкого и экспресс варианта фототерапии – в 70 и 65% соответственно. Клинические данные подтверждаются достоверным улучшением характеристик гуморальной и психической сферы.

6. Данные катамнестического анализа подтверждают терапевтическую надежность предложенных комплексов и спектральной фототерапии. В

частности, в этих случаях достигнутый уровень сексуальной активности сохраняло в среднем 68% мужчин – против 45% лиц, получавших изолированное медикаментозное воздействие. При этом общим для всех технологий явилось преимущественное сохранение эффекта у лиц с сильной или средней половой конституцией, что подчеркивает значимость генетических характеристик в достижении и устойчивости результатов.

7. Установленные особенности применяемых технологий обеспечивают создание программы восстановления сексуального здоровья мужчины и системы первичной профилактики половых дисфункций, представленной взаимодополняющими технологиями традиционной медицины.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Установленная частота и выраженность снижения половой деятельности в популяции условно здоровых мужчин диктуют необходимость диспансеризации данного контингента, с выделением группы риска и последующего проведения в ней восстановительных мероприятий.

2. С целью эффективной коррекции сексуальной деятельности целесообразно применять комплексы, объединяющие гомеопатию и рефлекторные методы воздействия – точечный массаж или динамическую электростимуляцию.

3. В случае сочетания гомеопатии и точечного массажа назначают:

а) прием препарата «Адам» - по 15 капель (без разведения) 3 раза в день;

б) точечный массаж (из 20 процедур, через день) в виде стимуляции общих, проекционных и локальных пунктов рефлексотерапии. При этом преимущественно выбирают точки в зонах отражения гениталий на кожных покровах:

J2-5, R11-14, RP12-14 – в надлобковой зоне;

RP4-9, R3-6, F2-9 - на внутренней поверхности голени и стоп.

Всего в ходе процедуры, продолжающейся 20 минут, стимулируют 6-8 точек рефлексотерапии.

Продолжительность воздействия составляет 6 недель.

4) В ходе комплекса, объединяющего гомеопатию и ДЭНС:

а) гомеопатическое воздействие проводят по указанной выше схеме;

б) электронейростимуляцию выполняют путем воздействия на точки пояснично-крестцовой и надлобковой области по стабильно-лабильной методике с 30-ти минутной экспозицией. При этом интенсивность стимуляции определяется субъективными ощущениями мужчин, соответствуя комфортному уровню.

Методически в надлобковой области воздействуют контактно с частотой 77 Гц в течение 10 минут, затем с частотой 9,4 Гц в течение 5 минут. Корректирующий курс состоит из 20 процедур, отпускаемых через день.

5. Процедуры спектральной фототерапии осуществляют с помощью аппаратного комплекса «СПЕКТО-Р». С этой целью используют газоразрядные лампы, оснащенные источниками с определенным набором спектральных линий длин волн светового излучения. При этом тело свечения ламп представлено элементами «марганец» и «медь».

В случае развернутой схемы фототерапию проводят путем стимуляции акупунктурных точек, локализованных в области волосистой части головы (блок «центральная нервная система»), паравертебрально («периферическая нервная система») и надлобковой зоне («мочевыделительная система») в течение 60 минут. При экспресс-варианте воздействия - 20-минутное раздражения исключительно точек волосистой части головы.

Независимо от выбранных схем спектральной фототерапии, восстановительный курс состоит из 10 процедур, выполняемых через день – т.е., в течение 3-х недель.

4. Отмеченное в течение нескольких месяцев по завершению коррекции ухудшение половых характеристик у 30%-45% мужчин

свидетельствует о необходимости периодического (раз в полгода) проведения указанных курсов стимуляции.

3. Предложенные технологии, являющиеся частью перспективной программы восстановления мужского сексуального здоровья, не исключают параллельного использования других корректирующих мероприятий.

СПИСОК РАБОТ, ОУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Гурцкой Р.А., Никитин А.А., Агасаров Л.Г. Комплементарные технологии в улучшении половой деятельности мужчин // Традиционные технологии восстановительной медицины. – Новосибирск, 2008. – С. 35-38.

2. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А., Никитин А.А. Технологии комплементарной медицины в улучшении половой деятельности мужчины / Традиционная медицина. – 2008, №4. – С.13-15 (*реферируемый*)

3. Агасаров Л.Г., Фролков В.К., Гурцкой Р.А. К проблеме восстановления сексуального здоровья мужчины // Матер. конгресса Всемирной федерации водолечения. – Пекин, 2008. – С. 29-30.

4. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Оптимизация технологий восстановления сексуального здоровья мужчины // Теоретические и клинические аспекты биорезонансной терапии. – М., 2009. – С. 87-88.

5. Гурцкой Р.А., Арутюнова О.В., Агасаров Л.Г. Традиционная медицина в восстановлении сексуального здоровья мужчин // Современные тенденции и перспективы развития курортного дела в РФ. – М., 2009. – С. 63-63.

6. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Лекарственные средства в улучшении сексуальной деятельности мужчин // Интегративная медицина. – М., 2009. – С. 208-208.

7. Гурцкой Р.А., Агасаров Л.Г. Гомеопатия и нейростимуляция в восстановлении полового здоровья мужчин // там же. – С.208-209.

8. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Технологии традиционной медицины в восстановлении сексуальной деятельности мужчин / Антибиотики и химиотерапия. – Т. 54. – 2009, № 3-4. – С. 192-194 (*реферируемый*)

9. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Спектральная фототерапия в восстановлении половой деятельности мужчин // Мир здоровья. – М., 2009. – С. 10-12.

10. Гурцкой Р.А., Агасаров Л.Г., Осадчий А.А., Дробышев В.А.. Динамическая электронейростимуляция в комплексной коррекции сексуальной деятельности мужчин // Там же. - С. 12-14.

11. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. К проблеме сексуального здоровья мужчин в РФ // Восстановительная медицина и реабилитация 2009. – М., 2009. – С. 17-17.

12. Гурцкой Р.А, Агасаров Л.Г. Фито- и гомеопатические препараты в восстановлении половой функции мужчин // Там же. - С. 64-64.
13. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Спектральная фототерапия в улучшении сексуальной деятельности мужчин // Современные аспекты реабилитации в медицине – Ереван, 2009. – С. 315-315.
14. Гурцкой Р.А, Агасаров Л.Г. Методы комплементарной медицины в восстановлении мужского сексуального здоровья // Там же. - С. 336-336.
15. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Традиционная медицина в улучшении качества мужского здоровья / Традиционная медицина. – 2009, №2. – С.27-31 (*реферлируемый*)
16. Гурцкой Р.А, Агасаров Л.Г. Спектральная фототерапия в улучшении половой функции мужчин Традиционная медицина / сб. трудов междунар. конгресса – Приложение к журналу Традиционная медицина. – 2009, №3. – С.92-93.
17. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Перспективы восстановления полового здоровья мужчин // Там же. – С.161-161.
18. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Современные технологии рефлексотерапии в восстановлении мужского полового здоровья // Актуальные аспекты восстановительной медицины. – Новосибирск, 2009. – С. 8-9.
19. Гурцкой Р.А, Агасаров Л.Г. Рефлекторно-гомеопатические комплексы в мужской сексологии // Там же. – С. 15-16.
20. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Сочетанное применение гомеопатии и электростимуляции в восстановлении сексуального здоровья мужчин / Вестник РУДН. – серия Медицина. – 2009, №3. – С. 52-56 (*реферлируемый*)
21. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А, Никитин А.А. Технологии традиционной медицины в улучшении качества сексуальной жизни мужчин / Паллиативная медицина и реабилитация. - 2009, №4. – С. 45-47 (*реферлируемый*)
22. Гурцкой Р.А, Агасаров Л.Г. К проблеме восстановления полового здоровья мужчин // Развитие гомеопатического метода в современной медицине. – М., 2010. – С. 66-67.
23. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Перспективы восстановления мужского сексуального здоровья мужчин // Матер. Всероссийск. конгр. по школьной и университетской медицине. – М., 2010. – С. 51-52.
24. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А.. Сочетанное применение клинической гомеопатии и динамической нейростимуляции в восстановлении половой функции у мужчин / Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 2010, №1. – С. 29-31 (*реферлируемый*)
25. Гурцкой Р.А., Агасаров Л.Г. Вегетативный резонансный тест в оптимизации подходов к восстановлению здоровья мужчины // Теоретические и клинические аспекты био - и мультирезонансной терапии. – Ч.2. – М., 2010. – С. 16-17.

26. Гурцкой Р.А., Агасаров Л.Г., Фролков В.К., Никитин А.А. Взаимодополняющие технологии восстановления здоровья мужчин // Здравница-2010. – М., 2010. – С. 57-57.
27. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Гомеопатия и динамическая электростимуляция в восстановлении полового здоровья мужчин / Традиционная медицина. – 2010, №1. – С. 14-16 *(реферлируемый)*
28. Гурцкой Р.А. К проблеме восстановления полового здоровья мужчин // Актуальные вопросы восстановительной медицины и кардиореабилитации. – Киров, 2010. – С. 12-13.
29. Гурцкой Р.А. Перспективы восстановления полового здоровья // Развитие санаторно-курортной помощи, восстановительного лечения и медицинской реабилитации. – М., 2010. – С. 120-121.
30. Гурцкой Р.А., Агасаров Л.Г. Методы традиционной медицины в восстановлении полового здоровья мужчин // Там же. – С. 121-122.
31. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Возможности спектральной фототерапии в восстановлении мужского полового здоровья / Традиционная медицина. – 2010, №2. – С. 26-28 *(реферлируемый)*
32. Гурцкой Р.А., Мостовой И.А. Спектральная фототерапия в улучшении мужского полового здоровья // Актуальные вопросы традиционной медицины и клинической реабилитации. - Владикавказ, 2010. – С. 2-3.
33. Гурцкой Р.А., Агасаров Л.Г. Сопоставимый анализ результативности технологий восстановления мужского здоровья // Там же. – С. 4-5.
34. Гурцкой Р.А., Агасаров Л.Г. Сексуальное здоровье мужчин и способы его восстановления // Восстановительная медицина и реабилитация. – М., 2010.–С. 89-89.
35. Гурцкой Р.А. Спектральная фототерапия в улучшении здоровья мужчин // Там же. – С. 89-89.
36. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Фито- и гомеопатические препараты в восстановлении половой функции мужчин // Развитие традиционной медицины в России. – Улан-Удэ, 2010. - С. 209-211.
37. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Перспективы восстановления полового здоровья мужчин // Там же.– С. 211-212.
38. Гурцкой Р.А., Агасаров Л.Г. Спектральная фототерапия в улучшении половой функции мужчин // Там же. – С. 227-229.
39. Гурцкой Р.А. К механизмам и эффективности спектральной фототерапии // Актуальные вопросы восстановительной медицины. – Н/Новгород, 2010. – С. 4-5.
40. Гурцкой Р.А., Агасаров Л.Г. Сравнительный анализ результативности технологий традиционной медицины, применяемых в мужской сексологии // Там же. – С. 6-7.
41. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Сопоставимый обзор традиционных технологий в восстановлении мужского здоровья / Традиционная медицина. – 2010, №4. – С. 22-26 *(реферлируемый)*

42. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Спектральная фототерапия в восстановлении сексуальной деятельности мужчин / Паллиативная медицина и реабилитация.– 2011, №1. – С. 35-37 **(реферируемый)**

43. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Традиционная медицина в комплексной программе восстановления мужского полового здоровья / Медицинский вестник Башкортостана.– 2011, №2. – С. 41-43 **(реферируемый)**

44. Гурцкой Р.А. Комплементарная медицина в восстановлении сексуального здоровья мужчин. – Ростов/Дон, 2011. – 95 с.

45. Агасаров Л.Г., Гурцкой Р.А. Мужское сексуальное здоровье и способы его восстановления: учебное пособие, гриф УМО. – М., 2011. – 81 с.