

## В. П. Веселовский, О. Ш. Самитов (Казань). Лечение вертеброгенной парестетической меральгии

Вертеброгенные парестетические меральгии часто встречаются у лиц с распространенной или ограниченной пояснично-грудной миофиксацией. Они обусловлены компрессией наружного кожного нерва бедра подвздошно-поясничной мышцей. Клинические ее проявления можно разделить на две формы: постоянные и преходящие. Постоянная развивается у больных остеохондрозом нижнегрудного или верхнепоясничного отделов позвоночника. Она характеризуется длительным напряжением подвздошно-поясничной мышцы и проявляется нарушениями со стороны компримированного наружного кожного нерва бедра (расстройство чувствительности, парестезии, изменение трофики и т. д.). У лиц с преходящей формой явления дисфиксации встречаются чаще всего в нижнепоясничном отделе позвоночника и сопровождаются появлением в период нагрузок ограниченной или распространенной пояснично-грудной миофиксации. При миофиксации возникает напряжение подвздошно-поясничной мышцы, которое обнаруживается по ряду нарушений в зоне иннервации наружного кожного нерва бедра. С прекращением действия нагрузок исчезает распространенная или ограниченная миофиксация и купируются все указанные нарушения. Лечение обеих форм парестетической меральгии должно быть дифференцированным.

Под нашим наблюдением находились 72 человека с вертеброгенной парестетической меральгией. У 30 из них был диагностирован остеохондроз нижнегрудного отдела позвоночника, у 27 — верхнепоясничного и у 15 — нижнепоясничного. У 38 пациентов была выявлена постоянная форма парестетической меральгии, у 34 — преходящая.

В зависимости от вида применяемого лечения больные были разделены на три группы: в 1-ю вошли лица, которым проводили обычное лечение невралгических синдромов остеохондроза позвоночника; больным 2 и 3-й групп дополнительно назначали инфльтрацию 2% раствором новокаина подвздошно-поясничной мышцы; кроме того, пациентам 3-й группы фиксировали пораженный отдел позвоночника.

У больных 1-й группы нормализация показателей альгезиметрии не наступала даже на 15-й день лечения, в то время как у лиц 2 и 3-й групп как с постоянной, так и преходящей парестетической меральгией эти показатели нормализовались уже на 10-й день. Однако у больных 2-й группы с постоянной парестетической меральгией было отмечено увеличение коэффициента вертебрального синдрома, которое объяснялось отсутствием у них локальной миофиксации. Дополнительное расслабление подвздошно-поясничной мышцы приводило у этих больных к усилению выраженности вертебральных проявлений. Динамика коэффициента вертебрального синдрома была положительной у лиц 3-й группы, а также у больных 1 и 2-й групп с преходящей формой парестетической меральгии (на 5—10-й день лечения).

Таким образом, у больных с постоянной формой парестетической меральгии необходимо добиваться расслабления подвздошно-поясничной мышцы, а у лиц с преходящей формой следует дополнительно фиксировать пораженный отдел позвоночника.

УДК 616.69—008.1—08:547.962.3

## А. И. Драновский, С. В. Сенчугов (Казань). Применение протенина и альбумина в терапии половых расстройств у мужчин

Наибольшее применение при гипосексуальности нашли заместительная терапия стероидными гормонами и специфическая стимуляция гонадотропинами. Однако использование их в лечебной практике для усиления половой функции сопряжено с необходимостью постоянного лабораторного контроля. Известно, что ни один гормональный препарат непосредственно не воздействует ни на половое влечение, ни, тем более, на эрекцию. Если эффект отмечается, то он опосредован либо через суггестию, либо через цель преобразований общего состояния организма. Поэтому до настоящего времени продолжается поиск методов и средств лечения расстройств потенции.

Задачей исследования являлось изучение эффекта протенина и альбумина для лечения некоторых форм половых расстройств у мужчин с преимущественным поражением нейрогуморальной составляющей — задержкой пубертатного развития, возрастной инволюцией, идиопатическими формами, днэцефальной импотенцией, поражением простато-тестикулярного комплекса.

С этой целью больным внутримышечно вводили протенин или альбумин в дозах 5—10 мл с интервалом 24—48 ч (курс — 10—15 инъекций и более). При необходимости курс лечения повторяли. В разработку включены ранее безуспешно леченные по общепринятым схемам 65 больных с половыми расстройствами в возрасте от 33 до 64 лет.

Состояние потенции объективизировалось по данным карты сексологического обследования и мужской сексуальной формулы до и после лечения. Кроме того, у ряда больных изучены протенинограммы.