

## **КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА КАТЕГОРИИ II**

А.А.Чураков, В.М.Попков\*, С.П. Земсков\*\*, П.В.Глыбочко\*

МЦ «Врачебная практика», г. Саратов

\*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

\*\* ГМУ "Саратовская областная клиническая больница"

**Цель работы:** изучение эффективности различных схем физиотерапии ХП (II), включающих пневмовибромассаж (ПВМ) простаты с помощью аппарата ПВМ Р-01 «Санос» и электромагнитотерапию.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 259 больных ХП (II). Диагноз был установлен на основании принятых клинических и лабораторных критериев, в том числе ТРУЗИ и комплексного ПЦР и культурального исследования секрета простаты. Для объективизации клинической симптоматики использовали стандартизованную систему – СОС-ХП [Лоран О.Б., Сегал А.С., 2001].

Всем больным проводили комплексную терапию: назначали в соответствии с выявленными возбудителями инфекций с учетом антибиотикограмм на 4-5 день выполнения процедур в течение 2 недель. В среднем курс комплексного лечения составлял 20 дней. Было рандомизировано четыре группы больных. Пациенты контрольной группы (n=30) наряду с антибактериальной (протистоцидной) терапией, получали «Простатилен», «Виферон», а также пальцевой массаж простаты. Наблюдаемым I группы (n= 30) вместо пальцевого массажа, проводили ректальный пневмовибромассаж (ПВМ) предстательной железы с использованием аппарата ПВМ-Р-01 «Санос» (10-15 сеансов). Больным II группы (n=40) дополнительно назначали эндоуретральный электрофорез раствора химотрипсина с димексидом. Наблюдаемым III группы (n=159) одновременно с процедурами, указанными для II группы, проводили магнитотерапию (аппарат «Интрамаг»).

**Результаты.** Установлено, что у наблюдаемых I-III имела место более выраженная положительная динамика. Однако в III группе регресс урогенитальной симптоматики, инволюция воспалительной инфильтрации и дренирование псевдомикроабсцессов (у пациентов с их наличием) наступали в среднем на 10 дней раньше, чем в других группах. Положительная динамика касалась как болевой симптоматики и дизурических расстройств, так и показателя качества жизни, что нашло отражение в уменьшении клинического индекса ХП. Через месяц после начала лечения в III группе отмечено значимое улучшение секреторной функции ПЖ: увеличение на 65,4% числа пациентов с количеством лецитиновых зерен в секрете простаты более 100 в поле зрения. Количество пациентов III группы, у которых число лейкоцитов в секрете ПЖ стало ниже 10 в поле зрения по сравнению с исходным состоянием составило 83,6%, в контрольной группе – 56,3 % (p < 0,05). Наилучшие показатели этиологической излеченности - эрадикация патогенных микроорганизмов или снижение концентрации условно-патогенных микроорганизмов ниже  $1 \times 10^3$  м.к./мл - также были констатированы у участников исследования III группы, и составили 84,9%, в контрольной группе – 56,6% (p<0,05). У пациентов контрольной группе воспалительная инфильтрация в периуретральном отделе ПЖ сохранилась у 12 (40,0%) пациентов, псевдомикроабсцессы, по данным ТРУЗИ, не были дренированы у 50,0% больных. В то время, как у больных III группы инволюция микрополостных образований (псевдомикроабсцессов) имела место в 100% случаев.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать заключение, что предлагаемый нами комплексный способ терапии ХП категории II с использованием ректального ПВМ простаты, дополненного электрофорезом раствора химотрипсина с димексидом на фоне локальной магнитотерапии, позволяет существенно повысить эффективность лечения, сократить его сроки, избежать осложнений и может быть рекомендован к практическому применению.