

PREDICTION OF CLINICAL EFFICACY OF LEVITRA
(VARDENAFIL) IN PATIENTS WITH ARTERIOGENIC ERECTILE
DYSFUNCTION

*S.I. Gamidov, E.B. Mazo, R.I. Ovchinnikov, S.V. Andranovich,
V.V. Iremashvili*

Oral inhibitors of phosphodiesterase of type 5 (PDE-5) are drugs of choice in therapy of erectile dysfunction (ED). However, 20-30% patients do not respond to them. We studied potentialities of ultrasonic investigation (UI) of postcompression increase in cavernous arteries diameter (PICAD) after intake of vardenafil (levitra, Bay-

er&GlaxoSmithKline) which is a PDE-5 inhibitor in prediction of clinical efficacy of this medicine. A total of 75 males with ED participated in the study. Significant correlations were found between PICAD after vardenafil administration and clinical efficacy of the drug in patients with arteriogenic ED. The highest response to the drug was observed at PICAD value > 50%. High sensitivity and specificity of the PICAD threshold value obtained indicate high potentialities of the method in decision making on treatment policy in patients with organic ED.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2006
УДК 615.84.03:616.65-002.2].036.8

И. В. Шаплыгин, А. И. Бегаев, В. В. Вьюшина

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТОВ "ИНТРАМАГ" С ПРИСТАВКОЙ "ИНТРАТЕРМ" И ЛАСТ-02 В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко (нач. — проф. В. М. Клюжев), Москва

Введение. Наиболее частой причиной, заставляющей мужчин обращаться к врачу-урологу, является хронический простатит. Простатитом страдают от 30 до 58% мужчин. При этом почти в 80% случаев заболевание выявляется в возрасте 20—40 лет, т. е. в период наибольшей трудовой и репродуктивной активности [1, 2].

Хронический простатит известен медицине с XIX века, но и в наше время он остается недостаточно изученным и трудно поддается лечению [3]. Современная медицина придерживается мнения о том, что хронический простатит является полиэтиологическим заболеванием, в основе возникновения и хронизации которого лежат следующие факторы: во-первых, наличие инфекционного агента и конгестии (застоя), во-вторых, нейрогенно-тативные, иммунологические и гормональные нарушения в организме мужчины [1,4]. Клиническая картина хронического простатита разнообразна, чаще он проявляется симптомами хронической тазовой боли, реже — дизурией, эректильной дисфункцией [5].

Для постановки диагноза хронического простатита в настоящее время используется большой арсенал средств: сбор анамнеза, физикальное обследование, пальцевое ректальное исследование предстательной железы, микроскопическое исследование секрета простаты, исследования, позволяющие подтвердить или опровергнуть наличие каких-либо заболеваний, передающихся половым путем, ультразвуковое надлонное и трансректальное исследование простаты, цветное доплеровское картирование предстательной железы, урофлоуметрия [3, 6].

Лечение больных хроническим простатитом должно быть комплексным и включать:

- 1) антибактериальную терапию;
- 2) симптоматическое лечение для устранения ведущих симптомов болезни;
- 3) восстановление микроциркуляции в предстательной железе;
- 4) восстановление проходимости выводных протоков;
- 5) стабилизацию иммунной и гормональной систем;
- 6) психокоррекцию [7, 8].

В настоящее время все большее значение придается местному применению физических методов, которые позволяют в процессе лечения снизить дозы антибактериальных препаратов и сократить сроки

лечения за счет стимуляции микроциркуляции, повышения кумуляции препаратов в предстательной железе. Наиболее эффективными физическими методами лечения воспалительных заболеваний органов мужской половой системы являются сочетания трансректальной и трансуретральной гипертермии [9], магнитотерапии и лазерной терапии [10]. В зависимости от характера изменений в ткани предстательной железы, наличия или отсутствия конгестивных и пролиферативных изменений используются различные температурные режимы гипертермии. При температуре 38—40°C основными эффектами электромагнитного излучения микроволнового диапазона, используемого при гипертермии, помимо традиционных, являются антиконгестивное и бактериостатическое действие, а также активация клеточного звена иммунитета. При температуре 40—45°C преобладают склерозирующий и нейроанальгезирующий эффекты, обусловленные угнетением чувствительных нервных окончаний.

Низкоинтенсивная магнитно-лазерная терапия оказывает на простату действие, близкое к действию микроволновой гипертермии при температуре 39—40°C, а также биостимулирующее. Этот метод наиболее эффективен при преобладании конгестивно-инфильтративных изменений в половых органах и поэтому применяется для лечения острого и хронического простатовезикулита [7, 11].

В нашем исследовании применялись следующие аппараты для физиотерапии хронического простатита:

— аппарат "Интрамаг" (Регистрационное удостоверение Минздрава РФ № 29/06070902/4566- 02) — единственный из выпускаемых серийно аппаратов обеспечивающий проведение местной лекарственной терапии через уретральный или ректальный катетер-ирригатор одновременно с магнитотерапией и прогревом железы (уретрально или ректально). При этом магнитотерапия осуществляется бегущим магнитным полем в диапазоне частот модуляции 1—16 Гц, что реализует динамичное и резонансное воздействие, наиболее полно отвечающее принципу оптимальности в физиотерапии [12];

— приставка "Интра терм" к аппарату "Интрамаг" (Регистрационное удостоверение Минздрава РФ № ФС 022a2004/1071-05) также обеспечивает

уретральный или ректальный прогрев, но в отличие от аппарата "Интрамаг" до более высоких температур (45°C) и с возможностью плавного подъема температуры и поддержания ее на заданном уровне. Наличие аппарата и приставки позволяет осуществлять уретральный и ректальный прогрев желез одновременно, что обеспечивает лучшие условия прогрева;

— аппарат ЛАСТ-02 (Регистрационное удостоверение Минздрава РФ № 29/10060899/3736-02) реализует эндоуретральное или ректальное облучение желез лазерным излучением красной области спектра с поверхности гибкого световода, вводимого непосредственно в катетер (уретральный или ректальный). При этом лазерное излучение может потенцировать местную лекарственную терапию и выступать синергистом по отношению к магнитотерапии.

В литературе имеются данные о положительном влиянии трансректальной магнитотерапии бегущим магнитным полем с помощью аппарата "Интрамаг" на состояние кровотока и микроциркуляции предстательной железы [13]. Однако отсутствуют клинические результаты лечения больных хроническим простатитом, особенно с использованием комплекса физических факторов, реализуемых аппаратным комплексом "Интрамаг"—"Интрагерм"—ЛАСТ-02, оказывающих однонаправленное воздействие на предстательную железу.

Цель исследования — изучить эффективность совместного использования аппаратов "Интрамаг" с приставкой "Интрагерм" и ЛАСТ-2 в комплексном лечении хронического простатита.

Материалы и методы. Нами проведено обследование 71 больного в возрасте от 20 до 59 лет (средний возраст $34,4 \pm 1,9$ года) с диагнозом хронического простатита.

Возраст больных 20—59 лет (в соответствии с международной классификацией возраста человека, рекомендованной Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения, Женева, 1973).

Длительность заболевания не более 10 лет ($2,6 \pm 1,2$ года).

Оценивались жалобы, определялся суммарный балл по модифицированной шкале IPSS и индекса качества жизни, выполнялись пальцевое ректальное исследование предстательной железы, трехканная проба мочи, анализ секрета простаты, ультразвуковое исследование (УЗИ) предстательной железы, урофлоуметрия.

В исследовании не включались:

— больные моложе 20 и старше 60 лет;

— больные аденомой предстательной железы, осложненной хроническим простатитом;

Таблица 1
Основные жалобы больных хроническим простатитом на момент обращения

Жалобы	Количество больных (n = 71)	
	абс.	%
Боли в промежности	57	80,2
Эректильная дисфункция	47	66,1
Учащенное мочеиспускание	39	54,9
Дискомфорт в промежности	14	19,7
Выделения из уретры	2	2,8

Таблица 2
Оценка качества жизни больными хроническим простатитом до лечения

Оценка качества жизни	Количество больных (n = 71)	
	абс.	%
Отлично	10	14,1
Хорошо	10	14,1
Удовлетворительно	22	30,9
Смешанное чувство	14	19,7
Неудовлетворительно	8	11,3
Плохо	5	7,1
Очень плохо	2	2,8

— больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Основные жалобы больных хроническим простатитом на момент обращения приведены в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что наиболее распространенными среди больных хроническим простатитом являются жалобы на боли в промежности (80,2%) и на выраженную в той или иной степени эректильную дисфункцию (66,1%). Следующими по частоте были жалобы на учащенное мочеиспускание — 39 (54,9%) больных, ощущение дискомфорта в промежности — 14 (19,7%) больных, выделения из уретры — 2 (2,8%) больных.

Оценка состояния больных и качества их жизни проводилась по шкале симптомов (NIH CPSI Института здравоохранения США, 1999 г.), при этом у 37 (52,1%) больных сумма баллов составила 0—14 — мало выраженная симптоматика, у 21 (29,5%) сумма баллов равнялась 15—29 — умеренная симптоматика, у 13 (18,3%) она составила 30—43 балла — выраженная симптоматика. Оценка качества жизни больных хроническим простатитом приведена в табл. 2.

Таким образом, до лечения 30,9% наших больных оценили качество жизни как удовлетворительное. Тяжесть эректильной дисфункции оценивалась нами с помощью опросника MIEF. Данные тестирования приведены в табл. 3.

Таким образом, из наблюдавшихся нами больных (35,2%) до лечения отмечали, что качество эрекции снижено незначительно, и почти такое же количество больных (33,8%) не отмечали нарушения качества эрекции.

При пальцевом ректальном исследовании предстательной железы у 62 (87,3%) больных выявлены изменения простаты: увеличение в размере, сла-

Таблица 3
Тяжесть нарушения эректильной функции у больных хроническим простатитом до лечения

Эректильная функция	Сумма баллов в анкете MIEF	Количество больных (n = 71)	
		абс.	%
Норма	26-30	24	33,8
Слабая эректильная дисфункция	20-25	25	35,2
Слабо-умеренная эректильная дисфункция	17-21	13	18,3
Умеренная эректильная дисфункция	11-16	8	11,3
Выраженная эректильная дисфункция	1-10	1	1,4

женность срединной бороздки, болезненность, тестоватость консистенции.

По результатам проведенного общеклинического анализа крови следует отметить, что у 65 (91,5%) больных показатели были в пределах нормы, а у 4 (5,6%) больных был лейкоцитоз в среднем $(11,5 \pm 1,1) \cdot 10^9/\text{л}$ (от $10,9 \cdot 10^9/\text{л}$ до $12 \cdot 10^9/\text{л}$).

При микроскопическом исследовании осадка мочи лейкоцитурия выявлена у 32 (45%) больных. Эритроциты в осадке мочи наблюдались у 12 (16,9%) больных, повышенное количество клеток эпителия мочевыводящих путей — у 3 (4,2%), наличие слизи — у 24 (33,8%) больных. Бактерии в осадке мочи обнаружены у 27 (38,0%) больных, у большинства из них — 16 (59,2%) — незначительное количество кокковой флоры.

У всех пациентов проводилось бактериологическое исследование мочи с последующим определением чувствительности выделенной флоры к антибиотикам. У 6 (8,5%) больных в посевах мочи обнаружены *E. coli* в количестве $1 \cdot 10^4$ — $1 \cdot 10^6$.

В анализах секрета простаты уровень лейкоцитов был в среднем $66,5 \pm 4,3$ (от 13 до 120 в поле зрения). Снижение количества лецитиновых зерен в секрете предстательной железы отмечено у 52 (73,2%) больных.

Проводилось исследование мочи в трех порциях с целью определения локализации воспалительного процесса в органах мочеполовой системы. Выявлено повышение числа лейкоцитов в поле зрения выше нормы в третьей порции мочи у 64 (90,1%) больных. В среднем число лейкоцитов в поле зрения в третьей порции мочи составило $15,3 \pm 2,1$ (от 10 до 21 в поле зрения).

По данным УЗИ у всех больных в предстательной железе выявлены изменения: увеличение простаты у 60 (84,5%) больных, неоднородность структуры предстательной железы у 37 (52,2%), пониженная эхогенность у 46 (64,7%), наличие участков склероза и петрификатов у 13 (18,3%), наличие остаточной мочи у 3 (4,2%) больных.

По данным урофлоуметрии у 10 (14,0%) больных отмечалось уменьшение средней скорости мочеиспускания в среднем до $11,0 \pm 1,4$ мл/с (от 8 до 13 мл/с), что указывало на умеренную инфравезикальную обструкцию.

Хронический инфекционный простатит отмечен у 42 (59,1%) больных, из них хламидийной этиологии у 11 (26,2%), уреоплазменной у 9 (21,5%), микоплазменной у 4 (9,5%), смешанная инфекция имела у 18 (42,8%).

Хронический неинфекционный простатит был у 29 (40,9%) больных.

Результаты. Все больные 1-й группы (46), проходившие курс физиотерапии, переносили процедуры хорошо, таких осложнений, как острая задержка мочи, обострение простатита, не возникало. У 38 (82,3%) больных отмечалось учащенное мочеиспускание после 1—2-й процедуры и продолжалось в среднем около суток, что, вероятнее всего, связано с механическим и термическим раздражением зоны шейки мочевого пузыря. В 89,1% случаев (41 больной) после 3—4-й процедуры отмечалось субъективное улучшение, которое выражалось в уменьшении болей в промежности, улучшении качества мочеиспускания, улучшении качества эрекции. После 7—8-й процедуры 34 (73,9%) больных

ощущали себя "абсолютно" здоровыми. После окончания курса лечения 8 (17,3%) больных отмечали улучшение, но прежние жалобы, хотя и менее выраженные, все-таки предьявляли. У 2 (4,3%) больных в процессе лечения участились жалобы на боли в промежности, и после окончания лечения они по-прежнему жаловались на выраженные боли в промежности, но по данным лабораторных анализов (в частности, по микроскопии секрета простаты) количество лейкоцитов у обоих было до 12 в поле зрения.

Среди больных 2-й группы ($n = 25$), получавших стандартную терапию, субъективное улучшение к 8—10-му дню лечения отмечали 17 (68,0%) больных. Хорошо после окончания курса лечения чувствовал себя 1 (4,0%) больной.

Для интерпретации данных обследования и постановки клинического диагноза мы использовали классификацию простатитов НИИ урологии Росздрава от 1999 г., которая представляет собой модификацию классификации Национального комитета здравоохранения США:

- 1-я категория — острый простатит;
- 2-я категория — хронический инфекционный простатит;
- 3-я категория — хронический неинфекционный простатит:
 - 3А — с наличием воспалительного компонента,
 - 3Б — воспалительный компонент отсутствует;
- 4-я категория — бессимптомный простатит.

Всем больным проводилось комплексное медикаментозное лечение хронического простатита, включавшее антибактериальную, противовоспалительную, противогрибковую терапию. Также все больные получали α -адреноблокаторы, поливитамины, терапию, направленную на улучшение микроциркуляции и реологии крови.

Динамический контроль лечения проводился через 2 нед у больных хроническим неинфекционным простатитом и через 3 нед после окончания антибактериального лечения у больных хроническим инфекционным простатитом.

46 больных (из них 29 с хроническим инфекционным простатитом и 17 с хроническим неинфекционным простатитом) одновременно с комплексным медикаментозным лечением проходили лечение с применением аппаратов "Интрамаг" с приставкой "Интра term" и ЛАСТ-02. Среднее количество сеансов составляло 8.

Нами применялись следующие схемы и режимы лечения с использованием указанных аппаратов.

Больным хроническим неинфекционным простатитом проводилась одновременно уретральная и ректальная термотерапия. Для этого уретрально устанавливался катетер-нагреватель от приставки "Интра term", а ректально — катетер-нагреватель от аппарата "Интрамаг" с последующей ежедневной сменой их расположения. От сеанса к сеансу температура увеличивалась от 38,4 до 41—43°C с шагом 0,5—1°C, частота модуляции магнитного поля также увеличивалась от 1 до 15 Гц с шагом 1—2 Гц, а продолжительность сеанса — от 5 до 15 мин к концу курса. Через каждые два сеанса проводилось чередование режимов воздействия бегущим магнитным полем с переменным на пульсирующее и наоборот.

Больным хроническим инфекционным простата-

Таблица 4
Основные жалобы больных хроническим простатитом после лечения (n = 71)

Жалобы	1-я группа (n = 46)				2-я группа (n = 25)			
	подгруппа 1а (n = 29)		подгруппа 1б (n = 17)		подгруппа 2а (n = 13)		подгруппа 2б (n = 12)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Боли в промежности	3	10,3	1	5,8	6	46,1	5	41,6
Учащенное мочеиспускание	1	3,4	—	0	3	23,0	2	16,6
Дискомфорт в промежности	2	6,8	1	5,8	3	23,0	3	25,0
Эректильная дисфункция	4	13,7	2	11,7	6	46,1	5	41,6
Выделения из уретры	—	0	—	0	—	0	—	0

титом в течение первого сеанса одновременно проводились ректальная термотерапия с помощью катетера-нагревателя приставки "Интрагерм" и магнитофорез с помощью уретрального катетера-ирригатора аппарата "Интрамаг". Для магнитофореза использовался аптечный раствор цефазолина, разведенного 0,25% раствором новокаина в пропорции 1:1. В течение следующего сеанса проводилась одновременная уретральная и ректальная термотерапия по вышеописанной схеме. Процедуры чередовались через день.

У 2 больных хроническим неинфекционным простатитом отмечалась сперматорея, поэтому для них была выбрана следующая схема лечения: ежедневно проводились уретральный микромассаж слизистой уретры с помощью катетера-массажера аппарата "Интрамаг" при частоте модуляции бегущего магнитного поля 15 Гц и ректальная термотерапия с помощью катетера-нагревателя приставки "Интрагерм". От сеанса к сеансу температура увеличивалась от 38,4 до 41—43°C с шагом 0,5—1°C, а время проведения процедур — от 10 до 25 мин к концу курса.

Всем больным в последние два сеанса проводилась лазеротерапия на аппарате ЛАСТ-02. Использовалось эндоуретральное воздействие через прозрачный катетер. Частота модуляции лазерного излучения устанавливалась 10 Гц. Время предпоследней процедуры составляло 13 мин, а последней —

15 мин. Одновременно с лазеротерапией больным хроническим неинфекционным простатитом проводился ректальный электрофорез цефазолина с помощью ректального катетера-ирригатора аппарата "Интрамаг" в разведении, аналогичном указанному выше для уретрального магнитофореза.

По данным контрольного обследования и лечения больные 1-й группы (комплексное лечение в сочетании с лечением на аппаратах "Интрамаг" с приставкой "Интрагерм" и ЛАСТ-02) и 2-й группы (только комплексная терапия) были разделены на 4 подгруппы: подгруппы 1а и 2а — больные хроническим инфекционным простатитом, подгруппы 1б и 2б — больные хроническим неинфекционным простатитом.

Оценка жалоб, предъявляемых пациентами после лечения, приведена в табл. 4.

Таким образом, после комбинированного лечения, сочетающего стандартную схему с применением аппаратов "Интрамаг" с приставкой "Интрагерм" и ЛАСТ-02, больные хроническим инфекционным простатитом (подгруппа 1а) в

большинстве случаев предъявляли жалобы на эректильную дисфункцию (13,7%) и боли в промежности (10,3%). Больные неинфекционным простатитом (подгруппа 1б) жаловались на эректильную дисфункцию в 11,7% случаев, на боли в промежности в 5,8% случаев.

После лечения по стандартной схеме больные хроническим инфекционным простатитом (подгруппа 2а) в большинстве случаев предъявляли жалобы на боли в промежности и эректильную дисфункцию (по 46,1%), больные неинфекционным простатитом (подгруппа 2б) предъявляли также в равной степени те же жалобы, но несколько реже (по 41,6%).

Оценка жалоб на нарушение качества эрекции, предъявляемых больными после лечения, приведена в табл. 5.

Таким образом, после лечения большинство больных 1-й группы с хроническим инфекционным и неинфекционным простатитом (65,5 и 64,7% соответственно) не предъявляли жалоб на ухудшение качества эрекции. После лечения большинство больных 2-й группы также не предъявляли жалоб на ухудшение качества эрекции, однако на слабо выраженную эректильную дисфункцию жаловались 15,4% больных хроническим инфекционным простатитом и 25,1% больных хроническим неинфекционным простатитом (в 1-й группе подобные жалобы были у 10,3 и 5,8% больных соответственно). Хочется отметить, что больные 2-й группы жаловались после лечения на выраженную и умеренно выраженную эректильную дисфункцию, тогда как больные 1-й группы таких жалоб не предъявляли совсем.

Оценка общего состояния больных после лечения приведена в табл. 6.

Большинство больных 1-й группы отмечали слабо выраженную симптоматику основного заболевания (55,2% больных подгруппы 1а и 52,9% больных подгруппы 1б). Большинство больных 2-й группы отмечали умеренно выраженную симптоматику (46,2% больных подгруппы 2а и 50,0% больных подгруппы 2б).

Оценка качества жизни больными хроническим простатитом после лечения приведена в табл. 7.

Большинство больных 1-й группы оценивали качество жизни на отлично (44,8% больных под-

Таблица 5
Тяжесть нарушения эректильной функции у больных хроническим простатитом после лечения (n = 71)

Эректильная функция	Сумма баллов в анкете MIEF	1-я группа (n = 46)				2-я группа (n = 25)			
		подгруппа 1а (n = 29)		подгруппа 1б (n = 17)		подгруппа 2а (n = 13)		подгруппа 2б (n = 12)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Норма	26-30	19	65,5	11	64,7	7	53,8	7	58,3
Слабая эректильная дисфункция	20-25	3	10,3	1	5,8	2	15,4	3	25,1
Слабо-умеренная эректильная дисфункция	17-21	1	3,4	1	5,8	2	15,4	0	0
Умеренная эректильная дисфункция	11-16	0	0	0	0	1	7,7	1	8,3
Выраженная эректильная дисфункция	1—10	0	0	0	0	1	7,7	1	8,3

Таблица 6

Общее состояние больных после лечения (n = 71)									
Состояние пациентов	1-я группа (n = 46)				2-я группа (n = 25)				
	подгруппа 1а (n = 29)		подгруппа 1б (n = 17)		подгруппа 2а (n = 13)		подгруппа 2б (n = 12)		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Мало выраженная симптоматика	16	55,2	9	52,9	5	38,4	3	25,0	2
Умеренно выраженная симптоматика	13	44,8	8	47,1	6	46,2	6	50,0	5
Выраженная симптоматика	—	0	—	0	2	15,4	3	25,0	2

группы 1а и 41,2% больных подгруппы 1б). Большинство больных 2-й группы оценивали качество жизни как удовлетворительное (15,4% больных подгруппы 2а и 50,0% больных подгруппы 2б).

При пальцевом ректальном исследовании предстательной железы у 10 (21,7%) больных 1-й группы и 14 (56,0%) больных 2-й группы наблюдались изменения простаты.

Всем больным обеих групп был проведен общеклинический анализ крови. У всех он был в пределах нормы. При микроскопическом исследовании осадка мочи лейкоцитурия выявлена у 4 (16,0%) больных 2-й группы.

В анализах секрета простаты уровень лейкоцитов у больных 1-й группы был в пределах нормы. У 7 (28,0%) больных 2-й группы уровень лейкоцитов был от 13 до 18 в поле зрения ($15,5 \pm 1,7$). Снижение количества лецитиновых зерен в секрете предстательной железы отмечено у 6 (13,0%) больных 1-й и 16 (64,0%) больных 2-й группы.

Исследование мочи в трех порциях позволило выявить повышение числа лейкоцитов в поле зрения выше нормы в третьей порции мочи у 4 (16,0%) больных 2-й группы. В среднем число лейкоцитов в поле зрения в третьей порции мочи составило $11,7 \pm 1,2$ (от 10 до 13 в поле зрения). При повторном посеве мочи только у 1 больного 2-й группы обнаружены *E. coli*, однако у данного больного произошло снижение количества бактерий с $1 \cdot 10^6$ до $1 \cdot 10^4$.

Данные УЗИ И предстательной железы больных хроническим простатитом после лечения приведены в табл. 8.

Таким образом, у больных 1-й группы по всем показателям УЗИ отмечаются менее значимые изменения предстательной железы по сравнению с больными, получавшими стандартную терапию.

По данным урофлоуметрии у 2 (8,0%) больных 2-й группы отмечалось уменьшение средней скорости мочеиспускания в среднем до $11,5 \pm 1,5$ мл/с (от 11 до 14 мл/с).

Обсуждение. На фоне применения физиотерапии быстрее наступает субъективное улучшение состояния больных (на 3—4-й день лечения в 89,1% случаев, а у всех больных контрольной группы улучшение наступило к 8—10-му дню лечения). "Абсолютно" здоровыми ощущали себя по окончании курса лечения 84,7% больных 1-й группы, к сожалению, ни один больной 2-й группы не оценил аналогично свое состояние после терапии.

Основными жалобами после лечения хронического простатита, так же как и до лечения, являлись боли в промежности и эректильная дисфунк-

Таблица 6
Качество жизни больных хроническим простатитом после лечения (n = 71)

Оценка качества жизни	1-я группа (n = 46)				2-я группа (n = 25)			
	подгруппа 1а (n = 29)		подгруппа 1б (n = 17)		подгруппа 2а (n = 13)		подгруппа 2б (n = 12)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отлично	13	44,8	7	41,2	—	0	—	0
Хорошо	9	31,1	5	29,4	1	7,7	—	0
Удовлетворительно	5	17,2	3	17,6	2	15,4	6	50
Смешанное чувство	2	6,9	1	5,9	5	38,4	3	25
Неудовлетворительно	—	0	1	5,9	3	23,1	1	8,
Плохо	—	0	—	0	1	7,7	2	16
Очень плохо	—	0	—	0	1	7,7	—	0

ция. Однако в 1-й группе на боли в промежности жаловались 8,7% больных, на нарушение качества эрекции — 13,0%, во 2-й группе — по 44,0% соответственно. Значимой разницы между больными инфекционным и неинфекционным простатитом после лечения при сравнении различных показателей не отмечено.

Качество жизни большинство больных (73,9%) 1-й группы оценили после лечения как отличное и хорошее. Большинство же больных 2-й группы (64,0%) оценили качество жизни после терапии как удовлетворительное.

Что касается качества эрекции, то после лечения в обеих группах отмечено уменьшение жалоб на эректильную дисфункцию, однако во 2-й группе все-таки остались больные, жалующиеся на выраженную и умеренно выраженную эректильную дисфункцию, тогда как в 1-й группе ни один больной не предъявлял аналогичные жалобы. На слабое нарушение эректильной функции в 1-й группе жаловались 8,7% больных, во 2-й — 24,0%.

Общее состояние после лечения большинство больных 1-й группы (54,3%) оценили как хорошее с маловыраженной симптоматикой основного заболевания. Основная масса больных 2-й группы (48,0%) оценили свое состояние после лечения как удовлетворительное с умеренно выраженными симптомами заболевания. К сожалению, часть больных 2-й группы (20,0%) продолжала оценивать свое состояние после лечения как тяжелое с выраженными симптомами заболевания после окончания курса терапии.

Относительно объективных данных обследования больных отмечено, что после применения аппаратов "Интрамаг" с приставкой "Интра терм" и ЛАСТ-02 наступает более выраженная ремиссия лабораторных показателей.

Таблица 8
Результаты УЗИ предстательной железы больных хроническим простатитом после лечения (n = 71)

Параметры УЗИ	1-я группа (n = 46)		2-я группа (n = 25)	
	абс.	%	абс.	%
Увеличенный размер простаты	16	34,7	14	56,0
Неоднородность структуры железы	20	43,4	23	92,0
Пониженная эхогенность железы	5	10,8	18	72,0
Участки склероза и петрификаты	4	8,6	7	28,0
Остаточная моча	—	0	2	8,0

Полностью купируется лейкоцитурия (во 2-й группе она выявлена при контрольном обследовании у 16,0% больных). Также в анализе секрета простаты уровень лейкоцитов в 100% случаев был в пределах нормы, в то время как во 2-й группе у 16,0% больных наблюдалось увеличение количества лейкоцитов от 13 до 18 в поле зрения. Снижение количества лецитиновых зерен в секрете простаты наиболее выражено у больных 2-й группы — у 64,0% (в 1-й группе у 13,0% больных). При повторном урофлоуметрическом исследовании только у 8,0% больных 2-й группы отмечено снижение средней скорости мочеиспускания до $11,5 \pm 0,9$ мл/с (от 11 до 14 мл/с).

Неоспоримым является то, что использование стандартной схемы лечения хронического простатита является недостаточным для ликвидации симптомов данной болезни. С помощью местного физиолечения (магнитотерапии, лазеротерапии и термотерапии) возможно более быстрое устранение либо уменьшение симптоматики этого заболевания.

Заключение. Аппараты "Интрамаг" с приставкой "Интра term" и ЛАСТ-02 эффективны для лечения больных хроническим простатитом и могут использоваться в урологических стационарах и в урологических кабинетах поликлиник.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лоран О. Б., Лукьянов И. В., Распер П. И. Актуальные проблемы хронического простатита. Бол. мочепоп. сист. 2005; 2: 31-36.
2. Prostatitis, epididymitis and orchitis. In: Guidelines on urinary and male genital tract infections. EUA; 2001. 49—53.
3. Сегал А. С. Диагностика и лечение хронического простатита. Рус. мед. журн. 2003; 11 (8): 23—26.
4. Монаков Д. М. Гипербарическая оксигенация в комплексном лечении хронического неинфекционного простатита у лиц молодого и среднего возраста: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2003.
5. Пушкарь Д. Ю., Сегал А. С. Хронический абактериальный простатит: современное понимание проблемы. Consilium Medicum 2003; 5 (7): 12-15.
6. Сивков А. В., Толстова С. С., Егоров А. А. и др. В кн.: Современные аспекты диагностики и лечения хронического простатита: Материалы Всероссийской науч.-практ. конф. Курск; 2000. 145.
7. Шаплыгин Л. В., Баглай Г. В. Комплексное лечение больных хроническим простатитом. В кн.: Клиническая ангиология: Современные достижения, перспективы диагностики и лечения: Тезисы докладов науч.-практ. конф., ГВКГ им. Н. Н. Бурденко, 15 дек. 1994 г. М.; 1994. 78—79.
8. Markovic V. The role of antibiotics in the treatment of chronic prostatitis: a consensus statement. Eur. Urol. 1999; 36: 454.
9. Лопаткин Н. А., Даренков А. Ф., Горюнов В. Г. и др. Трансректальная микроволновая гипертермия в лечении больных хроническим простатитом. В кн.: Пленум Всероссийского о-ва урологов: Тезисы докладов, Пермь, 22—24 июня 1994 г. М.; 1994. 88-89.
10. Сафаров Р. М., Яненко Э. К. Магнитолазерное излучение в терапии хронического простатита. В кн.: Материалы X Российского съезда урологов, Москва, 1—3 окт. 2002 г. М.; 2002. 318-319.
11. Дорофеев С. Д., Камалов А. А. Современные взгляды на проблему хронического простатита. Рус. мед. журн. 2004; 12 (1): 13-16.
12. Ушаков А. А., Кучиц С. Ф., Родин Ю. А., Величко А. Я. Лечение хронического простатита нетепловыми физиотерапевтическими методами у больных с гиперплазией предстательной железы. Воен.-мед. журн. 2001; 7: 46—49.
13. Неймарк Б. А., Ефремов А. В., Исаенко В. И. Изменение кровотока в предстательной железе под влиянием лазеротерапии и магнитотерапии у больных ДГП. Урология 2005; 6: 16—18.

Поступила
24.01.06

USE OF INTRAMAG DEVICES WITH ATTACHMENTS INTRATERM AND LAST-02 IN COMPLEX THERAPY OF CHRONIC PROSTATITIS

L. V. Shaplygin, A.I. Begaev, V. V. Viyushina

The examination of the patients exposed to physical factors (magnetotherapy, laser therapy and thermotherapy) has demonstrated that Intramag unit with attachments Intraterm and LAST-02 for local physiotherapy is effective in patients with chronic prostatitis and can be used in urological hospitals and outpatient clinics.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2006 УДК

615.84.03:616.65-002.2-022.7].036.8

В. Н. Орлов, А. С. Коздоба, В. В. Кравченко, С. А. Калинина

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА "АЭЛТИС-СИНХРО-02" В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

Медицинский центр (главный врач — канд. мед. наук В. Н. Орлов) ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет, отделение урологии ФГУ больница с поликлиникой (главный врач — канд. мед. наук К). А. Суоров) Управления делами Президента РФ, Москва

Введение. В настоящее время основой лечения хронического бактериального простатита является использование антибактериальных препаратов в сочетании с различными дополнительными как медикаментозными, так и физическими методами воздействия на предстательную железу. Физические методы, с одной стороны, позволяют повысить эффективность действия антибактериальных препаратов, с другой стороны, активизируют иммунный потенциал организма, что в конечном итоге повышает эффективность проводимого лечения [1—3].

Целью данной работы было оценить эффективность использования 2-канального биосинхронизированного электролазерного воздействия на базе аппарата "АЭЛТИС-синхро-02" в комплексном лечении больных хроническим бактериальным простатитом.

Материалы и методы. За период с 2003 по 2005 г. было проведено лечение 240 мужчин, страдающих хроническим бактериальным простатитом.

Больные были разделены на 2 группы и получали обычно применяемую в клинике фармакотерапию этого заболевания, включавшую: 1) антибактериальную терапию, назначаемую с учетом данных определения чувствительности возбудителей к антибактериальным препаратам; 2) иммунокорректирующие препараты; 3) средства, улучшающие микроциркуляцию; 4) а-ад- реноблокаторы; 5) противовоспалительную терапию.

В 1-ю (основную) группу вошло 179 больных, в схему лечения которых был дополнительно включен аппарат "АЭЛТИС-синхро-02", позволяющий проводить 2-канальное электролазерное и магнит-