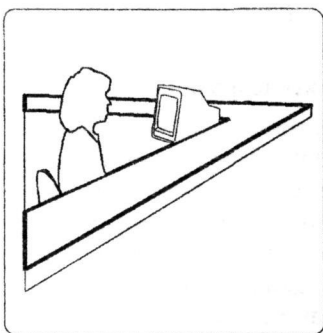


3. Дебейки М.Э., Готто А.М., Скотт Л.В. и др. Диета живого сердца. Минск, 2000. 591 с.
4. Каламкарова О.М., Яцышина Т.А., Мещерякова В.А. и др. // Вопр. питания. 1991. №3. С.9-16.
5. Княжев В.А. Онищенко Г.Г., Большаков О.В. и др. // Вопр. питания. 1998. №1. С.3-7.
6. Конышев В.А. Питание и регулирующие системы организма. М.: Медицина, 1985. 244 с.
7. Лючингер-Хеерше М. // Вопр. питания. 2000. №3. С.23-25.
8. Обухова Г.Г., Асаева В.И., Сазонова Е.Н. и др. // Дальневост. мед. журнал. 2004. №1. С.32-34.
9. Орехов А.Н., Тертов В.В., Собенин И.А. и др. // Бюл. эксперим. биологии и медицины. 1996. №6. С.695-697.
10. Толкунова Н.Н., Криштафович В.И. // Мясная индустрия. 2001. №6. С.15-18.
11. Тутельян В. // Врач. 2001. №7. С.23-24.
12. Тутельян В.А., Хавинсон В.Х., Малинин В.В. // Бюл. эксперим. биологии и медицины. 2003. №1. С.4-10.
13. Abraham C.S., Dresser C.M. Vital and Health statistics. Ser.11. Washington, 1983.
14. Augusti K.T., Arathy S.L., Asha R. et al. // Indian J. Exp. Biol. 2001. Vol.39(8), P.760-766.
15. Brunner E., White I., Thorogood M. et al. // Am. J. Public Health. 1997. Vol.87, P.1415-1422.



УДК 616.65 - 002 08 : [615.83 + 615.256] - 053.8

С.Б. Федорчук

## **СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА "АНДРО-ГИН" И АЛЬФУЗОЗИНА (ДАЛЬФАЗ - РЕТАРД) У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ**

*Медико-санитарная часть ФГУП "Дальавиа", г. Хабаровск*

Хронический простатит диагностируется у 35-40% всех мужчин. Многообразие и тяжесть клинических проявлений болезни, нерешенность многих вопросов диагностики и особенно неудовлетворительные результаты лечения, негативно влияющие на такие показатели, как рождаемость, частота разводов, придают вопросам диагностики и лечения хронического простатита все возрастающую социальную значимость, требуют скорейшего решения этих проблем современной урологии [1].

Существующие общепринятые методы лечения хронического простатита не обеспечивают адекватной коррекции возникающих нарушений, особенно у пациентов с длительно текущим процессом. Использование фармакологических препаратов для лечения простатитов сталкивается с рядом серьезных ограничений, что связано, прежде всего, с антибиотикорезистентностью и высокой аллергизацией населения. Медикаментозная терапия хронического простатита не всегда оказывается эффективной и нередко приводит к нежелательным последствиям, так как вряд ли можно ожидать проникновения терапевтических доз антиби-

отиков по микроциркуляторному руслу в закрытые очаги воспаления предстательной железы, окруженные рубцами и валом воспалительной ткани. Неоправданное длительное лечение антибактериальными препаратами может вести к ухудшению состояния пациента, так как это способствует возникновению дизбактериоза, субкомпенсированных вторичных иммунодефицитов и развитию затяжных хронических форм [3, 5, 6].

Эти обстоятельства вынуждают к поиску новых и совершенствование имеющихся методов терапии хронического простатита.

В данной работе представлен опыт сочетанного применения аппаратно-программного комплекса (АПК) "Андро-Гин" и  $\alpha_1$ -адреноблокатора альфузозина (дальфаз - ретард) при лечении пациентов с хроническим простатитом.

### **Материалы и методы**

В хирургическом отделении медико-санитарной части "Дальавиа" данная методика применялась у 35 больных. Всем пациентам в различные сроки до начала лечения проведено комплексное амбулаторное обследование, включающее: осмотр

уролога, общий анализ мочи и крови, ПРИ предстательной железы, трансабдоминальное ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря и предстательной железы, ТРУЗИ предстательной железы, анализ секрета предстательной железы, посев секрета с выявлением возбудителя и определения чувствительности его к антибиотикам, уровень простатоспецифического антигена (ПСА), анализ крови на ВИЧ и RW, по показаниям выполнялась ПЦР-диагностика, урофлоуметрия, а также включающее количество мочеиспусканий за сутки. Следует отметить, что все пациенты до введения в данную группу получали традиционную общепринятую терапию, от которой эффект был незначительный и непродолжительный.

У больных в возрасте от 26 до 52 лет в 80% наблюдался болевой синдром, в 48% отмечались дизурические явления, в 30% наблюдались эректильные расстройства. Суммарный балл симптоматики по Международной шкале IPSS составлял в среднем 12. Индекс качества жизни (QoL) составлял в среднем 4,0 балла. Максимальная объемная скорость потока мочи ( $Q_{max}$ ) — от 8 до 15 мл/с (в среднем 11 мл/с). Уровень ПСА не превышал 4,0 нг/мл. Объем предстательной железы, по данным ТРУЗИ, составлял от 19 до 30. Количество остаточной мочи (PVR) в среднем составляло до 40 мл, число мочеиспусканий за сутки — от 6 до 8 раз. 18 больным из I группы проводилось стандартное лечение и добавили АПК "Андро-Гин" и альфузозин (дальфаз-ретард). 17 больных из I группы получили стандартное лечение с добавлением различных физических методов воздействия на предстательную железу: диатермию, лазер.

#### Результаты исследования

У 14 пациентов I группы болевой синдром и дизурические явления полностью исчезли к 3 нед. лечения,  $Q_{max}$  выросла до 18 мл/с, снизился показатель IPSS на 6 баллов, индекс QoL уменьшился на 3 балла, а у 4 больных значительно уменьшились. Количество остаточной мочи снизилось к концу 4 нед. до 15 мл, число мочеиспусканий за сутки к концу лечения уменьшилось до 3-4 раз. Во II группе к 4 нед. лечения болевой синдром значительно уменьшился только у 8 пациентов, у 6 пациентов — незначительно уменьшился, а у 3 больных болевой синдром и дизурия сохранялись.  $Q_{max}$  выросла до 13 мл/с, индекс QoL уменьшился на 2 балла, количество остаточной мочи снизилось до 25 мл. Число мочеиспусканий за сутки к концу лечения у пациентов II группы составило до 5-6 раз. Уровень ПСА не превышал нормальных показателей на протяжении лечения у пациентов обеих групп. Положительным результатом

признавалось стойкая ремиссия в течение 4-6 мес. Она отмечена после лечения в 80% случаев у пациентов I группы. У пациентов II группы стойкая ремиссия достигнута только в 40% случаев. Субъективно больные отмечали улучшение самочувствия, повышение работоспособности, усиление эрекции, либидо.

Идея применения  $\alpha_1$ -адреноблокаторов у больных с заболеваниями простаты возникла в связи с появлением представлений о роли рецепторного аппарата простаты, шейки мочевого пузыря и задней уретры в патогенезе дизурии. За счет стимуляции  $\alpha_1$ -адренорецепторов в простате и шейке мочевого пузыря при отеке железы и ее рубцевании, а также при увеличении этого органа происходит сокращение гладкой мускулатуры, что ведет к увеличению внутриуретрального давления и повышению сопротивления потоку мочи. Применение  $\alpha_1$ -адреноблокаторов позволяет восстановить координированную работу детрузора и замыкательного аппарата шейки мочевого пузыря и устранить дизурию [4, 5].

Для усиления лечебного эффекта широко применяются различные физические методы воздействия на предстательную железу: диатермия, ультразвук, лазер, электростимуляция. Применение аппаратно-програмного комплекса "Андро-Гин" основано на одновременном комплексном воздействии трансректальной электростимуляции промежности, мочевого пузыря, простаты и семенных пузырьков, низкоинтенсивного лазерного и светодиодного излучения, магнитного поля, нейростимуляции патогенных зон, цветоимпульсной терапии. Сочетание вышеперечисленных физиотерапевтических методов воздействия на пациента с хроническим простатитом оказывает болеутоляющее, седативное, противовоспалительное, противоотечное воздействие на предстательную железу. Это повышает иммунитет, улучшает нейротрофику, микроциркуляцию органов малого таза и простаты, улучшает половую функцию, что приводит к повышению качества жизни [2].

#### Л и т е р а т у р а

1. Александров В.П., Михайличенко В.В. // Урол. и нефрология. 1998. №5. С.22-24.
2. Голубчиков В.П., Алексеев М.Я. // Урология. 2000. №1. С.20-25.
3. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. М., 1998.
4. Лоран О.Б., Вишневский А.Е. // Урол. и нефрология. 1997. №4. С.19-27.
5. Ткачук В.Н., Аль-Шукри Х.С. // Урология. 2000. №5. С.18-20.
6. Щетинин В.В., Колпинский Г.А. Лечение хронического простатита. М., 2002.

