

4. Гольдблат, Ю.В. Немедикаментозные методы лечения болевых синдромов / Ю.В.Гольдблат // Нелекарственная медицина.—2007.—№ 3.—С.20—25.
5. Гурленя, А.М. Физиотерапия и курортология нервных болезней / А.М.Гурленя, Г.Е.Багель.—Минск, 1989.—397 с.
6. Подчуфарова, Е.В. Боль в пояснично-крестцовой области: диагностика и лечение / Е.В.Подчуфарова // Русский медицинский журнал.—2004.—№ 10.—С.581—584.
7. Пономаренко, Г.Н. Частная физиотерапия: учеб. пособие / Г.Н.Пономаренко; под. ред. Г.Н.Пономаренко.—М.: ОАО «Изд-во Медицина», 2005.—744 с.
8. Попов, П.С. Справочник по курортологии и физиотерапии заболеваний нервной системы / П.С.Попов.—Кишинев, 1989.—278 с.
9. Стрелкова, Н.И. Физические методы лечения в неврологии: метод. рекомендации / Н.И.Стрелкова.—М., 1991.—315 с.
10. Ушаков, А.А. Современная физиотерапия в клинической практике / А.А.Ушаков.—М.: АНМИ, 2002.—364 с.
11. Хабиров, Ф.А. Лечебно-реабилитационные мероприятия при вертеброгенных болях / Ф.А.Хабиров, Ф.И.Девликамова, А.Г.Нугайбеков // Вертеброневрология.—2002.—№ 1—2.—С.42—50.
12. Хабиров, Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника / Ф.А.Хабиров.—Казань: Медицина, 2006.—520 с.
13. Birklein, F. Mechanism-based treatment principles of neuropathic pain / F.Birklein // Fortsch. Neurol. Psychiatr.—2002.—№ 70 (2).—P.88—94.
14. Gatchel, R.J. Lower back pain: psychosocial issues. Their importance in predicting disability, response to treatment and search for compensation / R.J.Gatchel, M.A.Gardea // Neurologic clinics.—1999.—Vol. 17.—P.149—166.

УДК 616.65-002-036.12-085.847

## ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕГУЩЕГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

**И.А.Буренина, В.В.Хасанов**

*Кафедра реабилитологии и спортивной медицины КГМА, Казань, Россия  
Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия*

**Реферат.** Описан клинический опыт применения бегущего магнитного поля в комплексном лечении 40 больных, страдающих хроническим простатитом преимущественно неинфекционного генеза. Полученные результаты свидетельствуют о более высокой эффективности лечения с применением бегущего магнитного поля по сравнению с группой больных, получавших только стандартный общепринятый комплекс лечения, что свидетельствует о целесообразности включения данного метода в комплексную терапию больных, страдающих хроническим простатитом.

**Ключевые слова:** хронический простатит, простатодиния, хронический тазовый болевой синдром, низкочастотная магнитотерапия.

## THE EFFICIENCY OF RUNNING MAGNETIC FIELD APPLIANCE IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC PROSTATITIS

**I. A. Bourenina, V. V. Khasanov**

*Department of Rehabilitology and Sports Medicine of Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia  
Clinical Hospital of Medico-Sanitary Department of Ministry of Internal Affairs of Republic of Tatarstan, Kazan, Russia*

**Abstract.** Magnetic field clinical practice in complex treatment of 40 patients suffering from chronic prostatitis of mainly noninfectious origin has been described. Received results indicate much higher efficiency in treatment applying running magnetic field than standard conventional treatment of patients. The results show advisability of including this method into complex therapy of patients suffering from chronic prostatitis.

**Key words:** chronic prostatitis, prostatodynia, pelvic pain syndrome, low-frequency magnetotherapy.

**Х**ронический простатит является одним из наиболее частых заболеваний у мужчин. Считается, что более половины мужского населения имеют это заболевание, при этом в подавляющем большинстве случаев заболевание выявляется в возрасте до 40 лет, т.е. в период наибольшей трудовой и репродуктивной активности. Актуальность проблемы имеет большое медико-социальное значение ввиду длительного, рецидивирующего течения заболевания, нарушающего копулятивную и репродуктивную функции, снижающего качество жизни больного и приводящего к астенизации и нарушениям в психоземotionalном статусе пациентов [2, 3, 9, 10].

В этиологии хронического простатита ведущую роль играют два фактора — инфекция и конгестивные (застойные) процессы в предстательной железе. Инфекционный фактор предполагает развитие заболевания вследствие внедрения микроорганизмов в ткань предстательной железы. Хронический бактериальный простатит является не частым заболеванием, и его встречаемость не превышает 7—10% случаев хронического простатита [2, 3, 14].

В основе конгестивного фактора лежат застойные изменения в венозном русле малого таза и нарушение дренирования ацинусов предстательной железы. Большинство исследователей принято мнение, что в настоящее время более чем у двух третей больных

хроническим простатитом основным этиологическим фактором являются застойные процессы в предстательной железе [4, 11, 14].

Отечественными урологами значительно шире, чем зарубежными, в комплексном лечении хронического простатита используются разнообразные физиотерапевтические воздействия: магнитотерапия, низкоинтенсивное лазерное излучение, электростимуляция предстательной железы, термотерапия и др. [1, 3, 5, 12]. Патогенетическая целесообразность применения данных методов доказана недостаточно, а причины эффективности требуют дальнейшего изучения и анализа.

**Целью** исследования явилось изучение эффективности применения бегущего магнитного поля в комплексном лечении больных хроническим простатитом.

Было проведено лечение 52 пациентов, страдающих хроническим простатитом, с длительностью заболевания от 3 до 10 лет. Средний возраст пациентов составил 46,6 лет (от 23 до 66 лет).

Таблица 1

**Распределение больных по возрасту**

Группа больных	20—30 лет	31—40 лет	41—50 лет	51—60 лет	61—70 лет
Основная (n=40)	3	10	21	7	2
Контрольная (n=12)	1	2	5	3	1
Всего (n=52)	4	12	26	10	3

Таблица 2

**Распределение больных в зависимости от длительности заболевания в анамнезе**

Группа больных	Длительность заболевания в анамнезе	
	3—5 лет	Более 5 лет
Основная (n=40)	24	16
Контрольная (n=12)	8	4
Всего (n=52)	32	20

Все больные прошли стандартное обследование, включающее общий анализ крови с лейкоформулой, общий анализ мочи с посевом на микрофлору, био-

химическое исследование крови (креатинин, ФПП, мочевины, липидный профиль, глюкоза), анализ мочи по Нечипоренко, пробу Зимницкого, дианостика на ИПЦР, ультразвуковое исследование мочевого пузыря и простаты, пальцевое ректальное обследование предстательной железы и урофлоуметрию, уретероцистоскопию (по показаниям), а также всем пациентам проводилась оценка симптоматики по Международной шкале I-PSS.

Исследуемые пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 40 больных, получавших стандартный общепринятый комплекс лечения в сочетании с ежедневным воздействием бегущим магнитным полем на область промежности, проекции мочевого пузыря и пояснично-крестцовый отдел позвоночника. Контрольную группу составили 12 пациентов, получавших только стандартный комплекс лечения. Курс лечения в стационаре составил 21 день.

Для пациентов обеих групп стандартный комплекс лечения включал антибактериальные препараты, альфа-1-адреноблокаторы, ректальные суппозитории «Витапрост», витамины А, С, Е, массаж простаты, занятия лечебной гимнастикой, направленной на уменьшение застойных процессов в предстательной железе, инстилляции уретры 1% раствором проторгола по показаниям.

Воздействие бегущим магнитным полем (БемП) осуществляли аппаратом «АЛИМП-1» с магнитной индукцией 35 мТл, применяя соленоид «стульчик», продолжительность процедуры составляла 20—30 мин. Считается, что данный метод физиотерапевтического лечения оказывает местное противовоспалительное, противоотечное и обезболивающее действие, улучшает микроциркуляцию в очаге воспаления, повышает проницаемость мембран, а также способствует увеличению концентрации фармакологических препаратов в зоне воздействия [5, 7, 8, 12]. Экспериментально доказано, что магнитное поле создает условия для самоорганизации функциональных комплексов, активизирует адаптационные механизмы, стимулирует общий и местный тканевой иммунитет и тем самым способствует положительному лечебному эффекту [7, 12].

Практически все пациенты предъявляли жалобы на боли, дизурические явления, ослабление струи мочи и нарушения половой функции.

Основным параметром оценки эффективности предложенного лечения в нашем исследовании слу-

Таблица 3

**Распределение больных по классификации простатитов, предложенной Национальным институтом здоровья США (NIH), 1995 г.**

Категория простатита	Основная группа (n=40)		Контрольная группа (n=12)	
	абс.	%	абс.	%
I — острый простатит	1	2,5	0	0
II — хронический инфекционный простатит	4	10	1	8,3
III А — хронический неинфекционный простатит с наличием воспалительного компонента	15	38,7	6	41,7
III В — хронический неинфекционный простатит без воспалительного компонента	19	47,5	5	50
IV — бессимптомный простатит	1	2,5	0	0

Распределение больных по клиническим признакам

Основные жалобы при поступлении:	Основная группа (n=40)		Контрольная группа (n=12)	
	абс.	%	абс.	%
Боли в промежности, мошонке, над лоном	33	77,7	10	83,3
Вялость струи мочи	32	82,5	9	81,6
Никтурия	20	50	7	58,3
Учащенное мочеиспускание	29	72,5	9	75
Затрудненное мочеиспускание	27	67,5	8	66,7

Таблица 5

Динамика основных показателей, примененных для оценки эффективности лечения

Показатели	Основная группа (n=40)		Контрольная группа (n=12)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Средний балл по Международной системе суммарной оценки заболеваний простаты (IPSS)	12,4±1,8	4,6±1,3	12,8±0,6	7,6±1,1
Средняя максимальная скорость мочеиспускания Q <sub>max</sub> , мл/с	11,2±2,6	19,6±5,4	11,8±2,45	15,4±5,09
Количество остаточной мочи в мочевом пузыре, мл	55,6±3,5	40,6±2,7	54,8±4,6	44,6±2,7

жила Международная шкала симптомов IPSS, а также исследование параметров урофлоуметрии — максимальной скорости мочеиспускания (Q<sub>max</sub>) и количество остаточной мочи в мочевом пузыре до и после лечения.

До начала лечения средний суммарный балл симптоматики по Международной шкале IPSS в основной группе составлял 12,4±1,8, в контрольной группе — 12,8±0,6, средняя максимальная скорость мочеиспускания (Q<sub>max</sub>) в основной группе составляла 11,2±0,62, а в группе сравнения — 11,8±2,45. Количество остаточной мочи в мочевом пузыре в основной группе в среднем было (55,6±3,5) мл, в контрольной — (54,8±4,6) мл.

Через 3 нед лечения в обеих группах отмечено снижение суммы баллов по шкале IPSS: в основной группе с 12,4±1,8 до 4,6±1,3, т.е. на 7,8 балла, а в группе сравнения с 12,8±0,6 до 7,6±1,1 — всего на 5,2 балла.

Максимальная скорость мочеиспускания в основной группе возросла на 8,4 мл/с [с (11,2±2,6) мл/с до (19,6±5,4) мл/с], в группе сравнения на 3,6 мл/с [с (11,8±2,45) мл/с до (15,4±5,1) мл/с]. Также произошло уменьшение количества остаточной мочи в мочевом пузыре на 15 мл [с (55,6±3,5) мл до (40,6±2,7) мл] в основной группе и на 10,2 мл [с (54,8±4,6) мл до (44,6±2,7) мл] в контрольной группе.

На наш взгляд, полученные результаты свидетельствуют об эффективности использования бегущего магнитного поля в комплексном лечении больных, страдающих хроническим простатитом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбов, В.М. Медицинская реабилитация: руководство: в 3 т. / В.М.Боголюбов; под ред. В.М.Боголюбова. — М., 2007.
2. Гуськов, А.Р. Наша концепция хронического простатита / А.Р.Гуськов // *Врачебное сословие*. — 2004. — № 5—6. — С. 46—50.
3. Есилевский, Ю.М. Новые подходы к диагностике и лечению хронических простатитов / Ю.М.Есилевский // *Биомедицинская радиоэлектроника*. — 2001. — № 5—6. — С. 40—52.
4. Каприн, А.Д. Хронический абактериальный простатит / А.Д.Каприн, К.Н.Миленин, К.В.Иваненко // *Материалы пленума правления Рос. общества урологов*, 8—10 июня 2004 г. — Саратов; М., 2004. — С. 236—237.
5. Карпунин, И.В. Физиотерапия в андрологии / И.В.Карпунин, А.А.Миненков, А.А.Ли. — М., 2000. — 344 с.
6. Лопаткин, Н.А. Руководство по урологии / Н.А.Лопаткин. — М.: Медицина, 1998. — Т.1. — С. 155.
7. Пономаренко, Г.Н. Основы доказательной физиотерапии / Г.Н.Пономаренко. — СПб.: ВМЕДА, 2003. — 224 с.
8. Пономаренко, Г.Н. Частная физиотерапия: учеб. пособие / Г.Н.Пономаренко; под ред. Г.Н.Пономаренко. — М.: ОАО «Изд-во Медицина», 2005. — 744 с.
9. Пушкарь, Д.Ю. Хронический абактериальный простатит: современное понимание проблемы / Д.Ю.Пушкарь, А.С.Сегал // *Врачебное сословие*. — 2004. — № 5—6. — С. 9—11.
10. Руководство по урологии: в 3 т. / под ред. Н.А.Лопаткина. — М., 1998.
11. Ткачук, В.Н. Современные методы лечения больных хроническим простатитом: пособие для врачей / В.Н.Ткачук // *Кафедра урологии С.-Петербургского гос. мед. ун-та им. акад. И.П.Павлова*.
12. Ушаков, А.А. Современная физиотерапия в клинической практике / А.А.Ушаков. — М.: АНМИ, 2002. — 364 с.
13. Эректильная дисфункция у больных хроническим простатитом / И.А.Абоян, С.В.Павлов, С.В.Грачев [и др.] // *Материалы пленума правления Рос. общества урологов*, 8—10 июня 2004 г. — Саратов; М., 2004. — С. 178.
14. Яковлев, С.В. Инфекция мочевыводящих путей: учеб.-метод. пособие для врачей / С.В.Яковлев, И.И.Деревянко. — М.: Медиа Медика, 2001.