

УДК 616.65-006.55-615.849.11

Е.В. ХОРОШКО

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КВЧ-ТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ,
ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ
В КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ**

Ключевые слова: КВЧ-терапия, хронический простатит, аденома предстательной железы.

Применение КВЧ-терапии в условиях санаторно-курортного лечения у больных с аденомой предстательной железы в сочетании с хроническим простатитом позволяет значительно уменьшить нарушения мочеиспускания, вызванные аденомой предстательной железы, и улучшить качество жизни больных.

E.V. KHOROSHKO

**EHF THERAPY IN THE PATENTS WITH THE ADENOMA
OF THE PROSTATE GLAND COMPLICATED BY CHRONIC PROSTATITIS
IN THE HEALTH RESORT TREATMENT**

Key words: EHF therapy, adenoma of the prostate gland, the disturbances of urination.

The application of an EHF therapy under the conditions for sanitation and health treatment in patients with the adenoma of the prostate gland in combination with chronic prostatitis is allowed for the significant decrease of the disturbances of urination, caused by the adenoma of prostate gland, and to an improvement in the quality of life of patients with the adenoma of prostate gland in combination with chronic prostatitis.

В последние годы увеличилось число больных хроническим простатитом (ХП), страдающих аденомой предстательной железы (АПЖ). Согласно существующим представлениям это обусловлено использованием антибиотиков широкого спектра действия при воспалительных процессах в мочеполовом тракте. Поэтому, несмотря на распространение простатитов, парауретриты и парапростатиты почти исчезли, а парауретральные железы сохраняются, не рубцуются. Последние являются источником роста аденомы. Естественно, что ряд больных, страдающих годами хроническим простатитом, постепенно входят в возраст риска заболевания аденомой предстательной железы и заболевают ею при сохранении простатита.

При лечении больных ХП в сочетании с АПЖ при сохраненной возможности самостоятельного мочеиспускания широко применяют ингибиторы 5- α -редуктазы, α -адреноблокаторы, сочетание этих препаратов, антибактериальные препараты, иммунномодуляторы, фитопрепараты. Показанием к консервативному лечению больных с АПЖ может быть отказ больных от хирургического вмешательства даже при наличии у них остаточной мочи. При этом редко используются возможности физиотерапии в качестве монолечения.

В настоящее время среди известных в медицине методов неспецифического активационного воздействия приоритетное место по праву принадлежит КВЧ-терапии.

Метод КВЧ-терапии основан на свойствах живого организма вырабатывать собственные акустоэлектрические колебания на клеточном уровне с частотами, соответствующими миллиметровому диапазону длин волн в свобод-

ном пространстве для восстановления нарушенного гомеостаза. Вследствие патологии или других каких-либо нарушений организма амплитуда клеточных колебаний больного человека недостаточна и именно этот недостаток энергии восполняется внешним воздействием. В настоящее время метод КВЧ-терапии применяется в медицинской практике с целью активации сано-генеза при лечении различных заболеваний.

В этом плане КВЧ-терапия зарекомендовала себя перспективным и высокоэффективным методом, позволяющим достичь полноценного и стойкого положительного результата. Широкий спектр клинического использования КВЧ-терапии позволяет говорить о возможности ее применения практически во всех случаях, требующих использования терапевтических медикаментозных методов лечения.

Отмечая эффективность КВЧ-терапии, следует подчеркнуть, что существенной особенностью является возможность использования ее как монотерапии, т.е. безлекарственной терапии. В практической медицине хорошо известно, что широко распространенные фармакологические методы не всегда эффективны, к тому же в значительной своей части обладают побочным действием.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности лечения больных АПЖ в сочетании с ХП методом КВЧ-терапии в условиях санаторно-курортного комплекса.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 98 больных АПЖ в сочетании с ХП в возрасте от 51 до 72 лет (средний возраст $59,6 \pm 4,4$ года). Больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 56 больных. Кроме стандартного лечения им были проведены 10 сеансов КВЧ-терапии.

Во 2-ю группу были включены 42 больных, получивших 15 сеансов КВЧ-терапии.

Количество процедур зависело от сроков нахождения больного на курорте. По возрасту больные в группах сопоставимы. КВЧ-терапию проводили ежедневно. В качестве источника КВЧ-излучения использовали установку «Явь-1» с длиной волны 7,1 мм при плотности потока мощности не менее 10 мВт/см². Апертура рупорной антенны – 2,5 см².

Рупор подводился к коже в области промежности и пояснично-крестцовой зоне позвоночника. Максимальное ведение непрерывного излучения – не более 20 мин. Всем больным до лечения, после курса лечения и через 1 год выполняли комплексное обследование. Оно включало пальцевое и ультразвуковое исследование предстательной железы с определением объема остаточной мочи и урофлоуметрию. Качество мочеиспускания оценивали с помощью опросников и выражали суммой баллов по шкале IPSS. Все пациенты каждые 3 месяца заполняли дневники мочеиспускания, где регистрировали его объем и частоту. Продолжительность болезни у пациентов составила от 1 года до 6 лет.

При первичном обращении больные предъявляли жалобы на обструктивные и ирригативные симптомы различной степени выраженности (учащенное и затрудненное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, ноктурию). Количество остаточной мочи у больных до начала лечения составляло от 50 до 150 мл (в среднем $106,5 \pm 16,2$ мл).

В исследование не включались больные, имевшие, кроме АПЖ, причины, влияющие на функцию нижних мочевых путей (инфекция нижних мочевых путей, камни мочевого пузыря, нейрогенный мочевой пузырь и др.), уровень простатспецифического антигена более 6 нг/мл, а также операции на органах малого таза в анамнезе. В период исследования больные не принимали лекарственные препараты для лечения АПЖ.

Результаты. Все пациенты сеансы КВЧ-терапии перенесли удовлетворительно. Осложнений, связанных с проведением процедуры, не было. После окончания курса лечения все больные отмечали улучшение самочувствия. Оно проявлялось более или менее заметным усилением струи мочи и уменьшением частоты мочеиспускания. Клинические показатели больных до и после лечения приведены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

**Клинические показатели больных АПЖ в сочетании с ХП
до и после КВЧ-терапии в 1-й группе**

Показатель	До лечения	После лечения	Через 3 месяца	Через 1 год после лечения
Сумма баллов по шкале IPSS	14,2±2,4*	10,2±2,2	15,3±4,1	8,1±1,6
Частота мочеиспускания в сутки	9,3±1,5	6,0±2,1	8,3±2,4	6,4±1,1
Объем остаточной мочи, мл	110,6±16,3**	32,2±8,5	46,1±8,2	45,9±15,8
$Q_{\max}$, мл/с	7,8±2,5***	13,8±1,6	8,2±1,6	13,5±3,6
Объем предстательной железы	58,3±10,9	54,1±8,4	55,2±8,9	54,6±4,5

Таблица 2

**Клинические показатели больных АПЖ в сочетании с ХП
до и после КВЧ-терапии во 2-й группе**

Показатель	До лечения	После лечения	Через 3 месяца	Через 1 год после лечения
Сумма баллов по шкале IPSS	14,5±2,1*	9,4±1,8	14,2±3,4	7,3±1,4
Частота мочеиспускания в сутки	9,1±1,3	5,8±2,3	7,4±2,1	5,9±1,4
Объем остаточной мочи, мл	110,6±16,3**	29,2±8,1	42,1±8,4	45,2±15,6
$Q_{\max}$, мл/с	7,8±2,5***	13,4±1,7	7,9±1,7	13,1±3,5
Объем предстательной железы	58,3±10,9	52,9±8,3	54,8±8,8	53,8±4,6

Примечания.

* – различия показателей суммы баллов по шкале IPSS достоверны: до и после лечения ($p<0,05$), до и через 1 год после лечения ($p<0,05$);

** – различия показателей объема остаточной мочи достоверны: до и после лечения ($p<0,01$), до и через 3 месяца после лечения ($p<0,01$), до и через 1 год после лечения ($p=0,012$);

*** – различия показателей $Q_{\max}$ достоверны: до и после лечения ($p=0,02$), до и через год после лечения ($p<0,05$).

Из табл. 1 и 2 видно, что субъективному улучшению после проведенного курса лечения КВЧ-терапией соответствовали достоверное уменьшение сум-

мы баллов по шкале IPSS, объема остаточной мочи и увеличение максимальной скорости мочеиспускания ($Q_{\max}$). Одновременно уменьшились частота мочеиспускания и объем предстательной железы. Заметим, что эти различия статистически недостоверны.

К сожалению, КВЧ-терапия не обеспечивает больным АПЖ в сочетании с ХП клинического излечения. Но необходимо отметить, что через 1 год от начала лечения у больных достоверно различались сумма баллов по шкале IPSS, объем остаточной мочи и $Q_{\max}$ мочеиспускания в сравнении с исходными показателями (см. табл. 1 и 2), т.е. его результаты оказывались вполне благоприятными.

В процессе проведения исследования не было случаев острой задержки мочеиспускания, гематурии или каких-либо побочных эффектов. Не было отмечено фактов увеличения объема остаточной мочи.

Обсуждение. Отмеченные положительные сдвиги в состоянии и самочувствии больных АПЖ в сочетании с ХП при лечении КВЧ-терапией могут быть объяснены уменьшением отека предстательной железы вследствие снижения активности воспалительного процесса в ней, а снижение объема предстательной железы – контрактильным влиянием КВЧ-воздействия на гладкомышечные клетки детрузора.

У большинства больных АПЖ сочетается с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, легких и других внутренних органов, что повышает риск оперативного лечения. Применение метода КВЧ-терапии помогло всем больным, получавшим данный вид лечения, избавило их от применения медикаментов в течение 1 года наблюдения.

Анализ результатов проведенного лечения показал уменьшение выраженности инфравезикальной обструкции, в том числе стойкое уменьшение объема остаточной мочи.

Заключение. Применение КВЧ-терапии в условиях санаторно-курортного лечения у больных с АПЖ в сочетании с ХП позволяет значительно уменьшить нарушения мочеиспускания, вызванные АПЖ, и улучшить качество жизни больных.

ХОРОШКО ЕВГЕНИЙ ВИКТОРОВИЧ родился в 1959 г. Окончил Саратовский государственный медицинский институт. Кандидат медицинских наук, доцент Чувашского государственного университета. Область научных интересов – урология. Автор более 30 научных публикаций.
