

Эффективность физиотерапевтических методов в лечении пациентов хроническим абактериальным простатитом

Е.В. Дарий, Г.Ф. Маннапова, Н.Ю. Курочкина, М.И. Шпитонков*
ФГУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ, ВЦ РАН*

В статье представлены результаты клинического исследования влияния комплекса КВЧ и лазерной терапии на течение хронического абактериального простатита или синдрома хронической тазовой боли (ХАП/СХТБ). Результаты оценивались с помощью шкалы симптомов хронического простатита (ХП) Национального Института Здоровья США (NIH-CPSI), кроме того, проводилась оценка индекса сексуальной активности. Получено суммарное уменьшение интенсивности боли на 83%, дизурии на 55% от исходного уровня, уменьшение сексуальных нарушений на 30%. Было достигнуто улучшение (на 53%) показателя качества жизни по шкале NIH CPSI.

Ключевые слова: хронический абактериальный простатит, синдром хронической тазовой боли, физиотерапевтическое лечение.

The article discusses results of clinical examination of patients with chronic abacterial prostatitis who had been treated with the combined technique which included extremely high frequencies and laser therapy. Researchers analyzed the course of the disease. The results obtained were scored by the classification of chronic prostatitis symptoms developed in the National Health Institute in USA (NIH-CPSI). Besides, index of sexual activity was assessed in these patients as well. It has been found out that summarized decrease in pain intensity was achieved in 83%; disuria decreased by 55% from the initial level, decrease in sexual disorders by 30%. The quality of life was increased by 53% according to NIH CPSI scale.

Key words: chronic abacterial prostatitis, syndrome of chronic pelvic pain, physiotherapeutic treatment.

Хронический простатит (ХП), известный медицине уже несколько столетий, остается в настоящее время весьма распространенным, недостаточно изученным и плохо поддающимся лечению заболеванием. По статистическим данным в России простатитом страдает от 15 до 40 % взрослого мужского населения [8], причем данное заболевание все чаще встречается в молодом возрасте — средний возраст 43 года [6], что является огромной медицинской и социальной проблемой.

Термин «простатит» объединяет несколько различных видов воспаления предстательной железы (бактериального и небактериального генеза) и синдромов, отличающихся по характеристикам и методам лечения.

В 1995 году Национальным Институтом Здоровья (NIH) США принята современная классификация простатита. Согласно этой классификации I и II категории относят к острому и хроническому бактериальному простатиту, III — хронический абактериальный простатит (ХАП) или синдром хронической тазовой боли (СХТБ), который подразделяется на 2 подкатегории: IIIA (воспалительный СХТБ) с повышенным содержанием лейкоцитов в секрете предстательной железы и IIIB (не воспалительный СХТБ), при котором в секрете предстательной железы нет признаков воспаления.

Частота отдельных категорий простатита составляет: острый бактериальный простатит — 5–10%, хронический бактериальный простатит — 6–10%, ХАП — 80–90%, включая простатодию — 20–30% [5].

Основными симптомами, характерными для всех форм ХП, являются болевой синдром, дизурические явления, астеноневротический синдром, половые дисфункции, а также психоэмоциональные расстройства. Учитывая тот факт, что болевые симптомы не доказывают наличие изолированного воспалительного процесса в предстательной железе, Национальным Институтом Здоровья (США) выделен ХАП/СХТБ. Данная форма характеризуется периодически возникающим или постоянным ощущением дискомфорта или боли в области

таза, надлобковой области, промежности, мошонки и др., при этом в анализах отделяемого из уретры, мочи, спермы, секрете предстательной железы нет признаков бактериального воспаления.

Этиология данного заболевания до конца не известна. Некоторые авторы, рассматривая инфекционную теорию ХАП/СХТБ, предполагают, что флора нижнего мочевого тракта может быть патогенной и распознаваться более чувствительными методами лабораторной диагностики [7]. В сочетании с изменениями иммунологической реактивности, анатомо — функциональными особенностями, изменениями гормонального фона и факторами, способными вызывать гемодинамические нарушения в тканях предстательной железы (травма, гиподинамия, переохлаждение, нерегулярная половая жизнь), инфекционный агент может запускать воспалительный процесс, который является пусковым механизмом для дальнейшего развития, в том числе аутоиммунных реакций.

Интрапростатический протоковый рефлюкс, вызванный турбулентным мочеиспусканием с высоким давлением, тесные сосудистые и лимфатические связи с другими органами, особенности строения простатических желёзок, затрудняющие их полноценный дренаж, влияние патологических изменений в тазовых органах и нервных структурах, приводят к венозному застою, нарушению микроциркуляции и вегетативной иннервации простаты [6]. ХАП, по мнению многих ученых, является следствием конгестивных процессов в органах малого таза [3,4]. У большинства больных ХП до лечения имеет место существенное нарушение локального кровообращения в предстательной железе, снижается тонико-эластического сопротивления в артериях, а также затрудняется венозный отток из органа. Таким образом, функциональные изменения, в особенности сосудистого характера, являются наиболее ранними и достоверными показателями наличия функциональных нарушений при ХАП [1].

Значительное количество теорий относительно этиопатогенеза ХП диктует такое же количество схем его лечения, но единый подход к терапии ХАП/СХТБ еще не сформирован. На сегодняшний день полное излечение пациентов с ХАП/СХТБ представляется труднодостижимой целью, поэтому симптоматическое лечение, особенно для пациентов категории ИИБ, является наиболее вероятным способом улучшения качества жизни. Несмотря на комплексное медикаментозное лечение хронического простатита у пациентов на фоне положительных изменений лабораторных показателей, зачастую сохраняются исходные жалобы - выраженная болевая симптоматика.

Материалы и методы

Нами было проведено клиническое исследование влияния комплекса физиотерапевтических факторов на больных ХАП/СХТБ. В исследование были включены 120 пациентов в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст 36,7 лет) с ХАП, длительностью заболевания более 6 месяцев.

Всем пациентам проводилось стандартизированное обследование, включавшее сбор анамнеза, оценку жалоб, осмотр и пальпацию наружных половых органов, пальцевое ректальное исследование (ПРИ), трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) и урофлоуметрию (УФМ). Кроме того, выполняли ряд лабораторных тестов: общий анализ мочи, микроскопия и микробиологические исследования отделяемого уретры, анализ секрета предстательной железы, в отдельных случаях — посев эякулята.

С учетом того, что ХАП/СХТБ сегодня рассматривается преимущественно как симптоматическое заболевание, основным критерием оценки эффективности лечения стало его влияние на симптомы заболевания. Для этого все пациенты до и после лечения были подвергнуты анкетированию с применением качественной и количественной оценки клинических симптомов заболевания по шкале симптомов ХП Национального Института Здоровья США (NIH-CPSI) (табл. 1). Оценивались:

1. Боль по линейной 10 бальной шкале интенсивности боли (0 — отсутствие боли, 10 — выраженный болевой синдром).
2. Дизурия (количество и качество мочеиспускания)
3. Качество жизни (от 0 — очень хорошее до 12 баллов — очень плохое)
4. Индекс сексуальной активности (0 — высокая сексуальная активность, 21 — отсутствие сексуальной активности).

Для проведения лечения больные методом рандомизации были разделены на 3 сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы, по 40 человек каждая:

- 1 группа, которой проводилась КВЧ-терапия,
- 2 группа — трансректальная лазеротерапия,
- 3 группа (основная) — получала комбинированную физиотерапию (КВЧ и трансректальную лазерную терапию).

Методика проведения лазерной терапии. Процедуру трансректальной лазерной терапии осуществляли с использованием аппарата «Мустанг 2000+». Воздействие импульсным инфракрасным излучением с длиной волны 0,89 мкм, частота 80 Гц, мощность в импульсе 2,5 Вт, время воздействия до 10 мин., на курс лечения 7—10 ежедневных процедур. Воздействие осуществлялось с помощью оптической насадки П2 для полостных процедур по стабильной методике.

Методика проведения КВЧ-терапии. КВЧ-воздействие проводили с использованием аппаратов «Стелла-2» и «СЕМ-ТЕСН». Сканирующей частотой 59,0—59,2

Таблица 1

Шкала симптомов хронического простатита Национального Института Здоровья США (NIH-CPSI)

Боль или дискомфорт 1. Приходилось ли Вам в течение последней недели испытывать боль в следующих областях? А. В области промежности. Б. В области мошонки В. В области полового члена вне акта мочеиспускания. Г. В нижних отделах живота.		Да1	Нет 0
2. Ощущали ли Вы в течение последней недели? А. Боль или жжение при мочеиспускании. Б. Боль или дискомфорт во время эякуляции.		Да1	Нет 0
3. Как часто Вы испытывали в течение последней недели боль или дискомфорт в любой из выше перечисленных ситуаций?		Никогда 0 Изредка 1 Иногда 2 Часто 3 Обычно 4 Всегда 5	
Укажите степень боли, дискомфорта на шкале. нет 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 непереносимая боль			
Мочеиспускание 5. Как часто в течение последней недели Вы испытывали чувство неполного опорожнения мочевого пузыря?		Никогда Менее чем 1 из 5 раз Менее 1/2 случаев Около 1/2 случаев Более 1/2 случаев Почти всегда	0 1 2 3 4 5
6. Как часто Вам приходилось мочиться чаще чем через 2 часа после последнего мочеиспускания?		Никогда Менее чем 1 из 5 раз Менее 1/2 случаев Около 1/2 случаев Более 1/2 случаев Почти всегда	0 1 2 3 4 5
Влияние на качество жизни 7. Приходилось ли Вам воздерживаться от дел, которые Вы обычно делаете, из-за имеющихся у Вас проявлений заболевания?		Нет Изредка Иногда Часто	0 1 2 3
8. Как часто Вам приходилось думать о симптомах в течении последней недели?		Нет Изредка Иногда Часто	0 1 2 3
Качество жизни 9. Как бы Вы отнеслись к тому, если бы Вам пришлось жить с имеющимися урологическими проблемами до конца жизни?		Отлично Хорошо Удовлетворительно Смешанное чувство Неудовлетворительно Плохо С ужасом	0 1 2 3 4 5 6

ГГц воздействовали на промежность в течении 10 минут, одновременно непрерывный спектр 42–100 Гц на надлобковую область и нижнюю треть грудины по 10 минут. Общее время воздействия КВЧ-излучения 30 минут. На курс назначалось 10 процедур.

Результаты и их обсуждение

В исследование включались только те пациенты, при объективном обследовании которых, данных за воспалительные изменения в органах малого таза или других заболеваний сходной симптоматики не было выявлено. Почти все пациенты ранее неоднократно получали лекарственную терапию антибактериальными средствами, альфа-адреноблокаторами, нестероидными противовоспалительными средствами. Однако клиническая симптоматика простатита после лечения сохранялась и при нормальных лабораторных показателях.

До проведения лечения все пациенты, включенные в исследование, предъявляли различные жалобы на боли различной локализации: в промежности (88%), надлобковой области (42%), мошонке (27%), кроме того у 61% были жалобы на дизурические расстройства, у 22% на половые дисфункции. Длительность указанных симптомов составила более трех месяцев.

Субъективная оценка эффективности проводимого лечения проводилась после 1, 5 и 10 процедуры и представлена в таблице 2.

Показатель интенсивности боли снизился во всех группах. Наибольшее снижение интенсивности болевого синдрома достигнуто в основной группе при комбинированном лечении с $2,8 \pm 0,06$ до $0,9 \pm 0,08$ балла ($p < 0,004$), при лечении КВЧ с $2,9 \pm 0,2$ до $1,6 \pm 0,1$ ($p < 0,04$), наименьшее при лазеротерапии с $2,9 \pm 0,1$ до $1,9 \pm 0,11$ ($p < 0,03$). При этом, существенное снижение интенсивности боли наблюдалось уже после 1 процедуры: при комбинированном лечении наибольшее снижение с $2,8 \pm 0,06$ до

$1,8 \pm 0,06$ ($p < 0,01$), при лечении КВЧ с $2,9 \pm 0,2$ до $2,2 \pm 0,1$ ($p < 0,04$), наименьшее при лазеротерапии с $2,9 \pm 0,1$ до $2,7 \pm 0,07$ ($p < 0,03$).

Дизурические явления уменьшились во всех группах. Наибольшее уменьшение дизурии достигнуто при комбинированном лечении с $2,9 \pm 0,13$ до $1,2 \pm 0,1$ ($p < 0,04$), при лазеротерапии с $2,9 \pm 0,3$ до $1,4 \pm 0,3$, ($p < 0,01$), при КВЧ-терапии с $2,9 \pm 0,3$ до $1,8 \pm 0,3$ ($p < 0,04$).

Качество жизни также улучшилось при всех вариантах лечения. Наиболее существенно – при комбинированном методе с $7,7 \pm 0,2$ до $3,3 \pm 0,3$ ($p < 0,04$), затем КВЧ с $7,8 \pm 0,6$ до $4,7 \pm 0,5$ ($p < 0,04$), и наконец лазер с $7,7 \pm 0,7$ до $4,9 \pm 0,6$ ($p < 0,03$).

Сексуальная активность так же улучшилась во всех трех группах. Наибольший эффект при комбинированном методе с $3,3 \pm 0,2$ до $2,2 \pm 0,2$ ($p < 0,04$), затем лазеротерапия с $3,3 \pm 0,7$ до $2,6 \pm 0,5$ ($p < 0,03$), и КВЧ с $3,3 \pm 0,9$ до $2,8 \pm 0,6$ ($p < 0,05$).

В результате проведенного физиотерапевтического лечения у 97% пациентов удалось достичь клинического эффекта, связанного с уменьшением болевой симптоматики и дизурии, улучшением сексуальной функции и качества жизни.

Сравнительный анализ результатов подтвердил преимущество комплексного физиотерапевтического воздействия КВЧ и лазерной терапии.

Изучение выраженности симптомов с использованием линейных шкал продемонстрировало суммарное уменьшение интенсивности боли на 83%, дизурии на 55% от исходного уровня, уменьшение сексуальных нарушений на 30%. Столь выраженный симптоматический эффект физиотерапии обусловил заметное улучшение качества жизни пациентов. Было достигнуто более чем двукратное улучшение (на 53%) показателя качества жизни по шкале NIH CPSI. Последний результат видится нам особенно важным в свете того, что ХАП – заболевание, которое не несет прямой угрозы жизни больного,

но существенным образом влияет на качество жизни.

Большинство специалистов рассматривают ХАП (в том числе и простатодию/СХТБ) как симптоматическое заболевание, конечной целью лечения которого является уменьшение выраженности симптомов и улучшение качества жизни. Таким образом, комплексное физиотерапевтическое лечение способствует снижению клинической симптоматики заболевания, а также существенно влияет на качество жизни пациентов и является методом выбора терапии больных ХАП.

Таблица 2

Динамика клинических симптомов у больных ХАП/СХТБ в зависимости от применяемых факторов

Группы	1 (КВЧ)			2 (Лазер)			3 (КВЧ и лазер)		
Показатели	средние	Ошибка средних	p	средние	Ошибка средних	p	средние	Ошибка средних	p
Интенсивность боли									
До лечения	2,9	0,2	0,04	2,9	0,1	0,038	2,8	0,06	0,006
После 1 проц	2,2	0,1	0,001	2,7	0,07	0,006	1,8	0,06	0,015
После 5 проц	1,8	0,1	0,007	2,4	0,1	0,04	1,3	0,07	0,028
После 10 проц	1,6	0,1	0,001	1,9	0,11	0,008	0,9	0,08	0,004
Дизурия									
До лечения	2,9	0,3	0,02	2,9	0,3	0,012	2,9	0,13	0,04
После 10 проц	1,8	0,3	0,04	1,4	0,3	0,014	1,2	0,1	0,02
Качество жизни									
До леч.	7,8	0,6	0,040	7,7	0,7	0,038	7,7	0,2	0,009
После 10 проц	4,7	0,5	0,009	4,9	0,6	0,011	3,3	0,3	0,040
Сексуальные расстройства									
До леч.	3,3	0,9	0,04	3,3	0,7	0,04	3,3	0,2	0,04
После 10 проц	2,8	0,6	0,05	2,6	0,5	0,03	2,2	0,2	0,027

Литература

1. Ершов Е.В. Допплерографическая оценка кровообращения предстательной железы у больных хроническим простатитом (диагностические и лечебные аспекты). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб. — 2008. — 23 с.
2. Крамер Г. Математические методы статистики. М., Мир, 1975.
3. Мазо Е.Б. Хронический инфекционный простатит. // Материалы пленума правления Рос. общества урологов. — Саратов. — 2004. — С. 267–289.
4. Ротов А.Е. Применение ударно-волновой терапии в комплексном лечении и реабилитации больных хроническим простатитом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 2008. — 18 с.
5. Fall M., Baranowski A.P., Fowler, et al. Guidelines on Chronic Pelvic Pain. // European Association of Urology. — 2007. — P. 9–47.
6. Krieger J.N., Nyberg L.Jr., Nickel J.C. NIH consensus definition and classification of prostatitis (Letter). / JAMA. — 1999. — Vol. 282(3). — P. 236–7.
7. Oschepkov V., Sivkov A., Dariy E., Imamov O., Lyamin B., Razumov S., Efficacy of transrectal microwave hyperthermia (TRMH) in the treatment of chronic prostatitis. A randomized sham controlled comparative study. // J. Urology. — 1999. — Vol. 159, suppl. 1, in abstracts.
8. Roberts R.O., Lieber M.M., Rhodes T., Girman C.J., Bostwick D.G., Jacobsen S.J. Prevalence of a physician-assigned diagnosis of prostatitis: the Olmsted county study of urinary symptoms and health status among men. // Urology, — 1998. — Vol. 51(4). — P. 578–584.

Сравнительная оценка результатов лечения больных хронической венозной недостаточностью с использованием различных физических факторов

А.В. Егоров, Н.С. Ионкина, И.С. Истомина, Н.И. Крамаренко, Е.Т. Меркулова, Т.И. Миронович
ФГУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ

Проведен анализ эффективности консервативного лечения больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (ХВН НК). В качестве лечебных методов использовались прерывистая пневмокомпрессия и магнитотерапия. Показано положительное влияние физиолечения на клинические проявления венозной недостаточности. Высокая эффективность применяемых методов позволяет использовать их как консервативное лечение, так и для реабилитации.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, прерывистая пневмокомпрессия, переменное магнитное поле.

The authors have analyzed effectiveness of conservative treatment of patients with chronic venous insufficiency of low extremities. Intermittent pneumocompression and magnet therapy were used for this. A positive effect of the applied physiotherapy at the clinical picture of venous insufficiency has been shown. These highly effective techniques may be used both for conservative treatment and for rehabilitation.

Key words: chronic venous insufficiency of low extremities, intermittent pneumocompression, fluctuating magnet field.

Заболевание ХВН НК — является актуальной социальной проблемой для населения развитых стран. В нашей стране ХВН НК страдает до 20% трудоспособного населения [1]. Распространенность варикозного расширения вен составляет у женщин 25–33%, а у мужчин — 10–20% [4]. При этом заболеваемость ХВН имеет тенденцию к росту. Декомпенсированные формы с возникновением трофических язв по данным Fowkes G. встречаются у 1% лиц обоего пола [5].

Клиническая картина ХВН в одних случаях ограничивается субъективными признаками застоя в ноге (heavy leg — тяжелая нога), в других — венозным отеком, а наиболее тяжелые формы ХВН НК характеризуется липодерматосклерозом, экземой и трофическими язвами. Оперативное вмешательство без предоперационной подготовки в этих случаях весьма затруднительно и сопровождается различными осложнениями. Частота таких осложнений колеблется от 31,3% до 75% — в общехирургических стационарах и от 4,3% до 9,6% — в специализированных сосудистых отделениях [3]. В тоже время, даже после успешно выполненной операции необходима послеоперационная реабили-

литация. Таким образом, не смотря на то, что основным методом лечения ХВН НК на сегодняшний день считается хирургический, значительное количество пациентов нуждается в консервативном лечении.

В последнее время возрастает интерес к применению физических факторов для лечения ХВН. Это связано с тем, что физиотерапевтические методы лечения доступны, не вызывают аллергических реакций и достаточно эффективны при правильном выборе фактора, стадии болезни, сопутствующих заболеваний и противопоказаний [1].

Целью данной работы является оценка сравнительной эффективности лечебного действия прерывистой пневмокомпрессии (ППК), магнитотерапии (МТ) и их комплексного воздействия у больных ХВН НК.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 319 пациентов, из них 213 женщин и 106 мужчин. Возраст больных составлял в среднем $60,8 \pm 0,96$ лет. Более половины пациентов — это люди трудоспособного, социально значимого возраста.