

# КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ КАП-ЭЛМ-01 «АНДРО-ГИН»

*Корчагин О.Ю., Лискович В.А.*

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Хронический простатит – самая распространенная среди урологических заболеваний патология и затрагивает чаще всего мужчин трудоспособного и репродуктивного возраста. Частота хронического простатита растет.

Предстательная железа вырабатывает простатический секрет, составляющий до 40% объема эякулята. Простата увеличивает объем эякулята, участвует в разжижении, оказывает буферное и ферментативное действие на эякулят [1].

При длительно текущем хроническом простатите развивается нарушение трофики железистой ткани, нарушается нейрогуморальная регуляция железы, наблюдается застой в альвеолах, нарушается микроциркуляция. В связи с этим большое значение в комплексном лечении хронического простатита приобретают физиотерапевтические методы воздействия. Использование аппаратно-программного комплекса КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин», включающего трансректальную и чрезкожную лазеро-магнитотерапию, электростимуляцию предстательной железы и семенных пузырьков, нейростимуляцию патогенных зон, позволяет достичь более высокий результат в лечении хронического простатита [2].

**Целью** исследования является сравнение эффективности комплексного лечения хронического простатита с применением КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» и традиционного лечения.

**Материал и методы.** Было обследовано и пролечено 135 пациентов в возрасте от 19 до 43 лет с экскреторным бесплодием, у которых при исследовании простатического секрета выявлялось повышенное количество лейкоцитов (более 15 в поле зрения). Пациенты были разделены на две группы: первая (основная) – 71 пациент и вторая (контрольная) – 64 пациента. В первой группе в комплексном лечении использовался КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин». Количество физиотерапевтических про-

цедур составило 10-12. Параметры процедур задавались индивидуально для каждого пациента. Вторая группа получала традиционное лечение (без использования КАП-ЭЛМ-01 «Андрогин»).

Всем больным выполнялось: спермограмма, мазки на условно-патогенную флору, на скрытые инфекции (методом РИФ, ПЦР), анализ простатического секрета, пальцевое ректальное исследование (ПРИ).

**Результаты.** При ПРИ болезненность определялась у 54 ( $76,1 \pm 5,1\%$ ) в основной группе и у 39 ( $60,9 \pm 6,1\%$ ) в контрольной. Жалобы на болевой синдром предъявляли 5 ( $7,0 \pm 3,0\%$ ) человек в первой группе и 6 ( $9,4 \pm 3,6\%$ ) во второй. Дизурия отмечалась у 4 ( $5,6 \pm 2,7\%$ ) пациентов из первой группы и у 5 ( $7,8 \pm 3,4\%$ ) из второй. У 48 пациентов ( $35,6 \pm 4,1\%$ ) была выявлена урогенитальная инфекция.

Приводим сравнение результатов лечения двух групп пациентов. Средние сроки лечения в первой группе составили 15,1 дня, во второй – 18,9 дня.

Результаты лечения оценивались на основании уменьшения жалоб и дизурических расстройств, уменьшения количества лейкоцитов в простатическом секрете и изменении параметров спермограммы. Исследование простатического секрета проводилось через 10-14 дней после окончания лечения. Улучшение или нормализация простатического секрета наступило в первой группе у 59 ( $83,1 \pm 4,4\%$ ) человек, у 41 ( $64,1 \pm 6,0\%$ ) человека во второй группе. Дизурические расстройства остались у одного ( $1,4 \pm 1,4\%$ ) пациента из первой группы и у одного ( $1,6 \pm 1,6\%$ ) из второй. Болевой синдром сохранился у одного ( $1,4 \pm 1,4\%$ ) пациента из первой группы и у двух ( $3,1 \pm 2,2\%$ ) из второй. Спермограмма оценивалась через 1 месяц после окончания лечения. Объем эякулята увеличился с 2,0 до 2,7 мл в первой группе, с 2,2 до 2,4 мл во второй. Концентрация сперматозоидов увеличилась с 41,5 млн./мл до 61,4 млн./мл в первой группе, с 42,5 млн./мл до 54,3 млн./мл во второй. Процент активно подвижных сперматозоидов (а+в) увеличился с 43,2% до 54,1% в основной группе, с 46,3% до 50,4% в контрольной. Количество патологических форм уменьшилось с 47,2% до 38,7% в основной группе, с 46,2% до 41,2% в контрольной.

Вышеприведенные данные позволяют сделать вывод о том, что лечение хронического простатита более эффективно при использовании КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин».

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Тер-Аванесов, Г.В. Мужские аспекты бесплодного брака / Г.В. Тер-Аванесов, В.В.Евдокимов, В.Н.Буров // Мужские болезни; под ред. А.А. Камалова, Н.А. Лопаткина. – М., 2008. – С.131-137.

2. Голубчиков, В. А. Лечение больных абактериальным хроническим простатитом с нарушением половой функции при использовании сочетанного физиотерапевтического воздействия / В. А. Голубчиков, А. Г. Кочетов // Комплекс аппаратно-программный КАП- ЭЛМ-01 «Андро-Гин» в урологической и гинекологической практике – 2005. – вып. 4. – С. 72-78.

## **МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОЙ ПРОНАЦИИ ПОДТАРАННОГО СУСТАВА**

*Кошман Г.А., Болтрукевич С.И., Аносов В.С., Сычевский Л.З.,  
Михович М.С.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Подтаранный сустав играет важную роль в биомеханике стопы, поскольку от его положения в пространстве зависит изменение упруго-эластических её свойств в течении цикла шага [1]. При пронации подтаранного сустава оси таранно-ладьевидного и пяточно-кубовидного суставов становятся параллельными, вследствие чего происходит увеличение объема движений в поперечном суставе предплюсны (Шопара), стопа становится эластичной, что необходимо для адаптации к особенностям рельефа при ходьбе и снижению силы реакции опоры на вышележащие отделы скелета. Во время супинации происходит обратное, оси таранно-ладьевидного и пяточно-кубовидного суставов не совпадают, сустав Шопара «замыкается», становится неподвижным, стопа превращается в жёсткий рычаг, что позволяет эффективно производить отталкивание при ходьбе.

При некоторых заболеваниях наблюдается явление избыточной пронации подтаранного сустава, таких как продольное