

ЦИК при сниженных значениях IgG. Выраженность изменений показателей иммунного статуса, как правило, зависела от распространенности процесса и длительности заболевания.

Таким образом, у женщин с ПД выявляется дисфункция гонадотропных гормонов гипофиза (ЛГ, ФСГ, ПРЛ), половых стероидов (тестостерон, прогестерон) и ТТГ. Нарушение гормональной регуляции при ПД сочетается с дефектами клеточного и гуморального звена иммунитета (снижение уровня CD3-лимфоцитов с дисбалансом иммунорегуляторных субпопуляций CD4 и CD8 на фоне увеличения CD19-лимфоцитов, дисиммуноглобулинемия). Гормональный и иммунный дисбаланс вызывает функциональные и органические изменения в органах репродуктивной системы (яичники) и гормонозависимых тканях (кожа), провоцируя развитие ПД.

УДК 616.65—002.1—085.83

**М.М. Арсланов, Р.Ш. Хасанов (Казань).  
Комбинированная физиотерапия хронического простатита**

Мы провели анализ результатов лечения 48 больных хроническим простатитом (ХП) с применением локальной гипертермии предстательной железы (ПЖ), магнитной и ультразвуковой (УЗ) терапии.

Все пациенты были разделены на две группы: основную (24 чел.), в лечении которой были использованы локальная гипертермия ПЖ, магнитная и УЗ терапия, и контрольную (24 чел.), в которой УЗ терапию не применяли. Возраст больных колебался от 20 до 62 лет. Средняя длительность заболевания — 5—8 лет.

Перед лечением у пациентов обеих групп наблюдались следующие клинические проявления ХП: расстройства мочеиспускания (56,5%), императивные позывы на мочеиспускание (53,3%), боли ноющего характера в подлобковой области и промежности с иррадиацией в крестец, мошонку, головку полового члена, прямую кишку, паховые области (49,2%), копулятивные дисфункции в виде понижения полового влечения, ослабления адекватных и спонтанных эрекций, ускоренной эякуляции (45,6%), быстрая утомляемость, нарушение сна, повышенная нервозность, снижение работоспособности (41,4%). У большинства больных наблюдалось сочетание клинических симптомов ХП (см. табл.).

Локальную гипертермию ПЖ проводили с помощью аппарата "Интрамаг" с приставкой "Интратерм" на фоне воздействия бегущим магнитным полем (мощность магнитной индукции — от 10 до 17 мТл, частота модуляции — от 1 до 16 Гц, частота измене-

**Сравнительная характеристика субъективных и объективных показателей здоровья у больных с хроническим простатитом после лечения**

Группы пациентов	Начало положительной динамики	Улучшение, %	Без изменений, %	Ухудшение, %
Основная	3—4-й сеанс	85,2	14,2	0,6
Контрольная	4—5-й сеанс	76,2	22,3	1,5

ния поля каждого соленоида в источнике — от 50 до 100 Гц).

Во время сеанса локальной гипертермии ПЖ по трансуретральному и трансректальному методам происходил прогрев слизистой уретры и ПЖ с плавным подъемом температуры от 39 до 45° на глубину не более 5 мм. При этом достигалась санация уrogenитального тракта и обеспечивались лучшие условия для последующей местной лекарственной терапии. Число сеансов локальной гипертермии ПЖ и магнитной терапии — 7—10. Длительность сеанса — 15—25 минут.

Через 5 часов после локальной гипертермии ПЖ и магнитной терапии больным основной группы выполняли фонофорез лекарственных веществ с помощью УЗ аппаратом УЗТ-3,05У с набором излучателей. Выбор лекарственных средств и метод проведения фонофореза зависел от клинических проявлений простатита и показателей лабораторных исследований (общий анализ мочи, анализ крови, анализ мазка из уrogenитального тракта и анализ секрета ПЖ).

При повышенной лейкоцитарной реакции секрета ПЖ осуществляли фонофорез антибиотиков трансуретральным и трансректальным методами, что позволяло создать достаточную терапевтическую их концентрацию в зоне воспаления. Выбор антибиотиков зависел от вида патогенной микрофлоры. Наилучшие результаты были отмечены при применении УЗ интенсивностью 0,3—0,4 Вт/см в импульсном режиме (10 мс). Время воздействия — 10 минут (курс лечения — 1—12 процедур).

Использование УЗ оказывало выраженное анальгезирующее действие при тазовой симпаталгии, болевых ощущениях в подлобной области, промежности, паховых областях. Мы активно применяли фонофорез 1% гидрокортизонавой мази и 0,5% раствора новокаина транскутантным методом и фонофорез лидазы и химотрипсина трансуретральным и трансректальным методами.

При трансуретральном и трансректальном способах фонофорез лекарственных средств проводили с интенсивностью УЗ 0,3—0,4 Вт/см в импульсном режиме (10 мс). Время воздействия — 10 минут. Количество сеансов — 7—10. При транскутанном спосо-

бе применения фонофорез лекарственных средств осуществляли с интенсивностью УЗ от 0,3 до 0,4 Вт/см в импульсном режиме (4 мс). Время воздействия — 5—10 минут. Количество сеансов — 10—12. УЗ воздействие было направлено на пояснично-крестцовую область, шейку и анатомический треугольник мочевого пузыря; промежность.

Уже после 3—4 сеансов лечения в обеих группах наблюдалась нормализация мочеиспускания, исчезали императивные позывы на мочеиспускание. Боли были купированы через 4—5 сеансов лечения в основной группе и через 7—9 сеансов — в контрольной (см. табл.). Копулятивная функция в основной группе начала восстанавливаться на 2—3-й неделе от момента начала лечения, в контрольной — на 3—4-й.

Отмечена нормализация показателей лабораторных методов исследований: улучшение качества секрета ПЖ (увеличение числа лецитиновых зерен, уменьшение содержания лейкоцитов). В основной группе такие изменения были выявлены через 7—9 дней от момента начала лечения, в контрольной — через 11—14 дней.

Таким образом, УЗ терапия в сочетании с локальной гипертермией ПЖ и магнитной терапией при лечении больных с ХП позволяет оптимизировать лечебные воздействия и сократить сроки лечения.

УДК 616.33/.34—005.1—089.811/.814:614.39:629.73

### **Н.А. Мизуров, П.Ф. Макаров (Чебоксары). Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в практике санитарной авиации**

Анализ результатов лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями по материалам годовых отчетов хирургических отделений городских и районных больниц Чувашской республики показывает, что за последние годы увеличилось число больных с желудочно-кишечными кровотечениями, а также число прооперированных больных (см. табл.).

Острые желудочно-кишечные кровотечения среди различных причин, по поводу которых вызывали хирурга санитарной авиации ГУЗ РКБ № 1, за истекшие 10 лет составляют 25,6%. В основу работы бортирургов санавиации положен принцип максимального приближения специализированной хирургической помощи сельскому населению. Возрастающий поток больных с кровотечениями из желудочно-кишечного тракта, тяжесть их состояния создают значительные трудности в работе хирурга и требуют выработки индивидуализированной и обоснованной тактики.

### **Частота желудочно-кишечных кровотечений и исходы хирургического и консервативного лечения**

Годы	Число больных	Исходы хирургического лечения		Исходы консервативной терапии	
		прооперированы	умерли	лечены	умерли
1990	340	86	6	278	4
1991	383	91	5	292	—
1992	575	167	9	408	3
1993	519	114	8	405	2
1994	560	150	12	410	2
1995	631	166	16	465	10
1996	614	139	11	475	3
1997	618	103	6	515	8
1998	595	138	11	457	8
1999	720	102	8	618	2

За период с 1990 по 1999 г. в отделение санитарной авиации поступило 342 вызова к больным с острыми желудочно-кишечными кровотечениями, из них 333 (97,3%) — по поводу язвенно-гастродуоденальных. За указанный период были оперированы 229 пациентов с кровотечениями язвенной этиологии. Оперативная активность составила 66,9%.

Тактика хирурга в каждом конкретном случае определялась тяжестью состояния больного, интенсивностью кровотечения в момент поступления, наличием сопутствующих заболеваний и эффективностью проводимого консервативного лечения.

Активность кровотечения устанавливали на основании эндоскопической картины.

В результате накопленного опыта работы в условиях санитарной авиации выработаны показания к операции при гастродуоденальном кровотечении: это профузное кровотечение, рецидив кровотечения, продолжающееся кровотечение, ненадежно остановленное кровотечение. Экстренные и срочные операции были выполнены 229 больным. Больных с тяжелой степенью кровопотери оперировали практически сразу же: как показывает практика, от кровотечения умирают в основном только те пациенты, которые не были своевременно прооперированы. Инфузионно-трансфузионную терапию проводили во время операции.

Хирургическое вмешательство на высоте кровотечения сопряжено со значительным риском. Поэтому метод и объем оперативного вмешательства выбирали индивидуально. При профузных кровотечениях стремились к выполнению щадящих операций, направленных на спасение жизни больного. У 186 (81,2%) больных кровотечение сопровождалось геморрагическим шоком. Именно у таких больных мы считаем обоснованным органосохраняющие операции.

Больным были выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция же-