последних лет особый акцент делается на изучение механизмов местного воспаления с позиции содержания интерлейкинов в моче и крови.

Это продиктовано тем, что интерлейкины синтезируются в ответ на местное воспаление уроэпителиоцитами проксимального отдела тубулярной части нефрона. В случае несостоятельности местных защитных реакций, цитокины попадают в циркуляцию, и их действие проявляется на системном уровне, что приводит к развитию острофазового ответа на уровне организма. При этом цитокины оказывают влияние практически на все органы и системы, участвующие в регуляции гомеостаза. Изучение динамики цитокинов дает новые возможности для диагностики, прогнозирования и лечения пиелонефрита у детей.

На сегодняшний день применение антибактериальных препаратов остается основным методом лечения хронического пиелонефрита. Ведущими противомикробными препаратами являются «защищенные пенициллины», нитрофураны, цефалоспорины, реже применяются аминогликозиды. Наряду с традиционной схемой назначения антибактериальных препаратов используется «ступенчатая терапия», которая предусматривает использование на фоне максимальной активности процесса в почках в течение 3-4 дней парентерального введения препаратов с последующей сменой на пероральную дачу по мере купирования воспалительного процесса.

Однако главными задачами терапии при пиелонефрите являются не только ликвидация микробно-воспалительного процесса в почечной ткани и мочевых путях, но и восстановление уродинамики; нормализация обменных нарушений и функционального состояния почек; стимуляция регенераторных процессов; предупреждение процессов склерозирования.

Для решения этих задач в период обратного развития симптомов пиелонефрита используют санаторно-курортное лечение, включающее внутренний приемминеральной воды, бальнеолечение, грязевые аппликации, физиопроцедуры . В условиях санаторно-курортного лечения природные физические факторы назначаются в комплексе с лечебной физкультурой, дозированной двигательной активностью, что является патогенетически обоснованным. Использование лечебной физкультуры в качестве неспецифического стимулирующего фактора способствует не только улучшению состояния почечного кровотока и функции почек, но и повышает адаптационные возможности детского организма. Методика строится в зависимости от активности пиелонефрита, состояния почечных функций и двигательного режима. В занятия включаются общеразвивающие физические упражнения для мышц брюшного

пресса, спины, таза, в основных движениях, в расслаблении и дыхательные. Детям с хроническим пиелонефритом показаны также утренняя гигиеническая гимнастика. Исключаюся прыжки, подскоки. Акробатические элементы, быстрый бег, силовые упражнения с задержкой дыхания. Массаж проводится только в период клинико-лабораторной ремиссии, включает воздействия на поясничную область и переднюю стенку живота, в щадящем режиме с исключением ударной вибрации.

Известно влияние бальнеотерапии на клинико-лабораторные больных с хроническим пиелонефритом, отмечено ее влияние на усиление диуретического эффекта, противовоспалительного действия, улучшение почечного плазмотока и фильтрации мочи в почечных клубочках. А также минеральные воды повышают сопротивляемость организма к заболеваниям, улучшают регенерацию тканей, обладают противовоспалительным действием. Широкое применение физиотерапевтических процедур, таких как интерференционные электромагнитные поля сверхвысокой частоты дециметрового и сантиметрового диапазонов, токов надтональной частоты, лазерного излучения - обладающих выраженным противовоспалительным действием, так же вносит свой вклад в процесс восстановительного лечения детей с «эконефропатиями».

Таким образом, адекватная и своевременная реабилитация детей с хроническим пиелонефритом из экологически неблагоприятных регионов, позволяет облегчить течение заболевания, снизить частоту рецидивов и в итоге, улучшить качество жизни детей.

СИСТЕМНАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ И СОЧЕТАННАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

А.Т. Терешин, Е.Е. Бакуров

ФГБУ ПГНИИК ФМБА России

Введение. Хронический простатит (ХП) — одно из самых распространенных урологических заболеваний у мужчин. Половые дисфункции у мужчин, ограничивая их репродуктивные возможности, препятствуют достижению супружеской и сексуальной гармонии в паре, нарушают стабильность брака, отрицательно влияют на душевное равновесие и работоспособность,

приводят к развитию невротических и депрессивных расстройств, злоупотреблению алкоголем и асоциальному поведению.

Цель исследования: разработать и патогенетически обосновать метод комбинированного лечения магнито- и лазеротерапией больных хроническим простатитом с эректильной дисфункцией.

Материалы и методы. Поднаблюдением находилось 120 больных XП в возрасте от 22 до 45 лет. Больные 1-й группы (40 чел.) получали системную магнитотерапию, 2-я группа больных (40 больных) получали локальное отрицательное давление и лазеротерапию (ЛОД-лазеротерапию), массаж простаты, психотерапевтическую коррекцию сексуальной дезадаптации, ЛФК, 3-я группа больных (40 больных) получала магнитотерапию и ЛОД-лазеротерапию, через день, массаж простаты, психотерапевтическую коррекцию сексуальной дезадаптации, ЛФК.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ терапевтической эффективности лечебных комплексов показал, что под влиянием ЛОДЛТ (II), магнитотерапии и ЛОДЛТ (III) достигают значений нормы время наступления тумесценции, длительность тумесценции, время наступления ригидности эрекции, длительность эрекции и детумесценции. В результате лечения нормализация эректильной составляющей копулятивного цикла наступила у 25 (62,5%) больных 1-й, 29 (72,5%) – 2-й и 30 (75%) – 3-й группы.

В 1-й группе после лечения балльная оценка поражения нейрогуморальной составляющей (НГС) копулятивного цикла снижается на 54,7%, психической (ПС) — на 73,2%, эрекционной (ЭРС) — на 61%, эякуляторной (ЭЯС) — на 61%, во 2- группе — на 56,3%, 71%, 73,5% и 59,3% соответственно, в 3-й группе — на 60,9%, 75,5%, 73,6% и 62,7% соответственно по сравнению с изначальными данными. Полученные данные показывают, что магнитотерапия является специфической терапией нарушений ПС, ЛОД-лазеротерапия — ПС и ЭРС, магнитотерапия + ЛОДЛТ — НГС, ПС, ЭРС и ЭЯС, в результате чего нормализация клиникофункционального состояния составляющих копулятивного цикла наступила у 25 (62,5%) больных 1-й, у 29 (72,5%) больных 2-й, у 30 (75%) больных 3-й группы.

Сравнительная характеристика показывает, что магнитотерапию следует использовать при легких степенях поражения НГС, ПС, ЭРС и ЭЯС, ЛОДЛТ – при легких и средних степенях поражения НГС, ПС, ЭРС и ЭЯС, магнитотерапию+ЛОДЛТ – при легких и средних степенях поражения НГС, ПС, ЭРС и ЭЯС.

После лечения значительное улучшение сексуальной функции наступило у 25 (62,5%) больных 1-й группы, имеющих сильную и средне-сильный вариант средней половой конституции, у 29

(72,5%) больных 2-й группы, имеющих сильную и все варианты средней половой конституции, у 30 (75%) больных 3-й группы, имеющих сильную и все варианты средней половой конституции. Таким образом, магнитотерапию следует использовать у больных ХП, имеющих сильную и средне-сильную половую конституцию, ЛОД-лазеротерапию — у больных, имеющих сильную и все варианты средней половой конституции, магнитотерапию и ЛОД-лазеротерапию — у больных, имеющих сильную и все варианты средней половой конституции.

Через 1 год после лечения значительное улучшение сексуальной функции наблюдалось у 20 (50%) больных 1-й группы, у 19 (47,5%) больных 2-й группы, у 24 (60%)—3-й группы, что показывает стойкий терапевтический эффект эректильной дисфункции у больных ХП при использовании системной магнитотерапии. Для долгосрочного сохранения терапевтического эффекта значительного улучшения сексуальной функции использовать локальную сочетанную лазеротерапию. При наблюдении в течение 1 года после лечения индекс обострений ХП в 1-й группе снизился в 1,4 раза (с 2,15±0,11 до 1,54±0,12, р<0,05), во 2-й группе — в 1,63 раза (с 2,13±0,12 до 1,31±0,12, р<0,05), в 3-й группе — в 2 раза (с 2,16±0,14 до 1,06±0,12, р<0,05) по сравнению с изначальными данными.

Таким образом, для снижения числа обострений XП у больных к магнитотерапии следует добавлять локальную сочетанную лазеротерапию.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ВАКУУМ-АСПИРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

М.М. Багаутдинов, А.Т. Терёшин, Н.В. Ратенкова

ФГБУ ПГНИИК ФМБА России

Среди воспалительных заболеваний мужских половых органов хронический простатит (ХП) встречается от 37% до 70% случаев [С.Х. Аль-Шукри, Р.Э. Амдий, Ю.А. Бобков, 2005]. Особую проблему составляет группа больных (65%) с обструктивными формами ХП, при которых общим звеном патогенеза является нарушение проходимости выводных протоков предстательной железы (ПЖ) [А.Р. Гуськов, 2001].