

Рефлексотерапия хронического простатита

Макаров Виктор Константинович – доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии

Макаров Павел Викторович – ассистент
кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии
ФГБОУ ВО «Тверской медицинский университет» Минздрава России

Reflexotherapy of chronic prostatitis

Makarov Viktor Konstantinovich - Doctor of Science, professor,
chief of faculty of infectious illnesses and epidemiology

Makarov Pavel Viktorovich – M.D., assistant professor
of faculty of infectious illnesses and epidemiology

Tver State medical university of Health Ministry, faculty of infectious diseases and epidemiology,
Tver, Russia

Резюме. Метод лечения хронического простатита относится к медицине, а именно к урологии и иммунологии. Технический результат – уменьшение клинических проявлений хронического простатита в стадии рецидива достигается тем, что воздействие лазерного излучения производят на место проекции простаты (точка VC 2 цзюй-гу переднесрединного канала), при этом перед началом лечения лазером определяют уровень лейкоцитов в крови больного и при уровне количества лейкоцитов ниже $8,0 \times 10^9$ одновременно курсу лечения инфракрасным лазером вводят тималин.

Введение

В настоящее время лечение различных заболеваний с помощью воздействия лазерного излучения получило достаточно широкое распространение. Этот метод улучшает микроциркуляцию во многих органах и системах, оказывает болеутоляющее и антисептическое действие преимущественно на гладкую мускулатуру, повышает иммунитет и резистентность организма к инфекциям, влияет на выработку нейроморальных веществ, обладает выраженным антидепрессивным и седативным действием [5].

Известен способ лазерной рефлексотерапии гелий-неоновым лазером больных хроническим простатитом, заключающийся в том, что производится воздействие на корпоральные биологически активные точки сфокусированного светового пучка диаметром 0,4 см, мощностью на выходе световода 20 мВт и плотностью потока мощностью 60 мВт/см² на одну корпоральную точку, а также путём воздействия на аурикулярные биологически активные точки сфокусированным световым пучком диаметром 0,2 см с мощностью на выходе световода 10 мВт и плотностью потока мощностью 10 мВт/см² на одну, причём в начале курса процедуры производятся ежедневно с воздействием в течение одного сеанса на 3-4 корпоральные и 2-3 аурикулярные биологически активные точки (симметрично) с временем воздействия по 1 минуте на корпоральную и 30 секунд на аурикулярную точку, причём лечение начинают с воздействия на общие точки E₃₆ – цзу-сан-ли, RP₆ – сань-инь-цзяо, RP₁-инь-бай, V₆₀-кунь-лунь и продолжают путём воздействия на точки RP₆ – сань-инь-цзяо, J₂-цуй-гу, J₁-хуэй-инь (при локализации боли в промежности), E₃₆ – цзу-сан-ли, J₂-цуй-гу, J₃ – чжун-чзи (при локализации боли внизу живота), RP₆, F₂-шан-ляо, R₁₀-инь-тау (при иррадиации боли в половой член), V₃₁-шан-ляо, V₃₂-цы-ляо, V₃₄-ся-ляо (при боли в крестце), V₂₃-

шэнь-шу, J₂, J₃, R₁₁-эн-гу, T₂-яо-шу (при половых расстройствах), RP₆, J₂, J₃, E₃₇-шан-цзюй-суй, E₃₉-ся-цзюй-суй (при нарушении мочеиспускания) совместно с аурикулярными точками (т. простаты (98), т. наружных половых органов (79), т. уретры (80), т.шэнь-мэнь, т. коры головного мозга (34), сексуальной точки (59), т. желёз внутренней секреции (22), т. (32) яичка [4].

Однако использование большого количества точек воздействия, отсутствие выделения главных и вспомогательных точек, а также проведение лечения без учёта состояния иммунорезистентности организма можно отнести к недостаткам метода.

Кроме того, известно, что на разных этапах заболевания и нередко в течение дня, преобладают те или иные жалобы, то есть, путь выделения преимущественных жалоб и соответственно точек воздействия является не совсем корректным, поскольку напрямую зависит от ощущений субъекта (больного человека), которые значительно отличаются у разных людей и зависят от индивидуального порога болевой чувствительности и от особенностей характера и психики. Возможна как недооценка признаков болезни индивидуумом, так и их преувеличение (агравация).

Существует способ лечения хронического простатита, включающий лазерную рефлексотерапию с применением инфракрасного лазера с заданной мощностью, частотой, и временем воздействия на соответствующие точки акупунктуры: для конгестивного простатита с частотой 10 мВт, 10000 Гц в течение 5 минут на точки акупунктуры TR-10, F-2, R-1, V-65, для индуративного и калькулёзного простатита – с частотой 5 мВт, 5 Гц, в течение 3 минут на точки TR-3, F-8, R-7, V-67 (французское буквенно-цифровое обозначение) [1].

Недостатком данного способа является то, что лечение хронического простатита проводится с использованием нескольких точек, отстоящих достаточно далеко от пораженного органа. Кроме того, не учитывается состояние иммунореактивности в развитии и прогрессировании заболевания.

Целью работы было расширение арсенала способов лечения хронического простатита.

Материалы и методы

Способ разработан на основе результатов лечения 30 больных хроническим простатитом с отсутствием стойкого эффекта от антибактериальной терапии, 20 больных хроническим простатитом получавших только инфракрасную лазерную терапию и 20 пациентов хроническим простатитом получавших только тималин.

При рецидиве хронического простатита наблюдается повышение общего количества лейкоцитов крови. Однако, если это повышение недостаточное (как показывает наш многолетний опыт), то есть ниже $8,0 \times 10^9$ /мл, то лечение одним инфракрасным лазером не даёт ощутимого эффекта. Даже после 5-го сеанса, у больных с уровнем лейкоцитов ниже $8,0 \times 10^9$ сохранялись тянущие боли над лобком, боли в прямой кишке, нервозность, сексуальные нарушения. Отсюда для повышения качества лечения возникла необходимость назначить какие-либо дополнительные препараты. В проведённых нами исследованиях было показано, что у значительной части больных хроническим простатитом в стадии рецидива наблюдается отсутствие должного повышения содержания CD₃ (Т-лимфоцитов), CD₄ (Т-хелперов) и иммунорегуляторного индекса CD₄/CD₈ и у них же имели место показатели общего количества лейкоцитов менее $8,0 \times 10^9$ /мл.

Результаты исследования и обсуждение

Предлагаемый способ лечения хронического простатита способ осуществляют в следующей последовательности.

Таблица 1. Результаты лечения больных хроническим простатитом в стадии рецидива инфракрасной лазерной терапией, тималином и сочетанием инфракрасной лазерной терапии и тималина

Признаки	Результаты лечения		
	ИК лазерная терапия n- 20	Терапия Тималином n-20	ИК лазерная терапия + тималин n-30
Исчезновение болевого синдрома	35%	20%	96%
Восстановление адекватных эрекций	15%	30%	90%
Удлинение полового акта	20%	30%	80%
Уровень лейкоцитов (в 10^9 /мл)	$7,5 \pm 0,02$	$8,2 \pm 0,01$	$9,6 \pm 0,02$

Выбор способа лечения хронического простатита с помощью инфракрасного лазера обусловлен тем, что инфракрасное излучение ближнего оптического диапазона спектра имеет наибольшую проникающую способность при взаимодействии с биотканью. Известно, что лейкоцитоз, увеличение палочкоядерных нейтрофилов и увеличение СОЭ является реакцией характерной для нормальной (типовой) иммунологической реакции при бактериальных поражениях организма [2, 4, 6, 7], к которым, в подавляющем большинстве случаев, относят и простатит.

Выводы

Перед началом лечения лабораторным путём у больного определяют клинический анализ крови, в котором подсчитывают количество лейкоцитов в 1 мкл крови, относительное содержание эозинофилов, палочкоядерных нейтрофилов, сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов и моноцитов. Уровень лейкоцитов ниже $8,0 \times 10^9$ /л служит показанием для назначения одновременно воздействию инфракрасного лазера тималина, так как указывает на отсутствие нормальной иммунной реакции (увеличение количества лейкоцитов) в ответ на стимуляцию иммунокомпетентных клеток бактериальным антигеном. Инфракрасным лазерным излучением воздействуют на место проекции простаты. При уровне лейкоцитов ниже $8,0 \times 10^9$ одновременно курсу лечения инфракрасным лазером вводят тималин.

Была выявлена высокая степень корреляционной связи между уровнем CD₃ (Т-лимфоцитов), CD₄ (Т-хелперов) и иммунорегуляторного индекса CD₄/CD₈ с одной стороны и общим содержанием лейкоцитов с другой. Таким образом, зная уровень Лейкоцитов можно определить и уровень CD₃ (Т-лимфоцитов), CD₄ (Т-хелперов) и иммунорегуляторного индекса CD₄/CD₈. Снижение содержания CD₃ (Т-лимфоцитов), CD₄ (Т-хелперов), которые «созревают» и дифференцируются в тимусе, является показанием к назначению иммуномодулятора тималина, так как он модулирует, то есть выравнивает до нормы соотношение CD₄/CD₈. Зная о существовании корреляционной зависимости между уровнем общего количества лейкоцитов крови и CD₃ (Т-лимфоцитов), CD₄ (Т-хелперов) и иммунорегуляторного индекса CD₄/CD₈ можно для обоснованного назначения тималина применить простой, доступный даже для условий сельской участковой больницы, дешёвый тест – определение уровня общего количества лейкоцитов. При добавлении к терапии инфракрасным лазером тималина был получен эффект, превышающий эффективность каждого метода лечения в отдельности, то есть **синергитический** (табл. 1).

Данный способ прост в исполнении, обладает высокой эффективностью, сокращает время лечебной процедуры, то есть увеличивает производительность труда врача, то есть приносит отчетливый экономический эффект, позволяя оказать медицинскую помощь значительно большему числу пациентов, уменьшает количество дней нетрудоспособности, доступен в практике урологов и иммунологов, позволяет восстановить физическое и психическое здоровье мужчин в связи с исчезновением болезненных ощущений в уретре и внизу живота, восстановления половой способности, не требует дорогостоящего

оборудования, может быть применён в любом лечебном учреждении, способен достаточно дешево и эффективно лечить рецидивы хронического простатита при отсутствии эффекта от стандартной лазеро- и антибиотикотерапии.

Оригинальность разработки подтверждена патентом РФ на изобретение № 2225238 «Способ лечения хронического простатита».

Литература:

1. Боголюбов С. В., Дмитриев Б.В. Заявка № 99106028/14 от 24.03.1999. Бюллетень Изобретения и полезные модели № 1 от 10.01.2001 г.
2. Бочорошвили В.Г. Сепсисология с основами инфекционной патологии. – 1988. – 806 С.
3. Возланов А.Ф., Панченков С.П., Ковтуняк О.Н.. Лазерная рефлексотерапия больных хроническим простатитом //Врачебное дело. – 1991. - №2. – С.46)
4. Казанцев А.П. Псевдотуберкулёз. В кн.: Руководство по инфекционным болезням. – С. Петербург. – 1996. – С.43-48.
5. Манрет Е.Л., Самолук И.З., Минесёнюк В.П. Рефлексотерапия в комплексном лечении заболеваний нервной системы. – К.: Здоровя, 1989. – 232 С.
6. Покровский В.И., Малеев В.В. Холера. – 1978. – 231 С.
7. Покровский В.И., Юшук Н.Д. Бактериальная дизентерия. М.: медицина. – 1994. – 254 С.