

МЕДИЦИНА

ВРАЧ ВЫСШЕЙ КАТЕГОРИИ

ЛЕВ КРУГЛЯК

XXI ВЕКА

СЕКРЕТЫ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ



СЛАБЫЕ МЕСТА
СИЛЬНОГО ПОЛА



«КРЫЛОВ»

Медицина XXI века

Лев Кругляк

Секреты мужского здоровья

«Крылов»

2022

УДК 615.89
ББК 35.59

Кругляк Л. Г.

Секреты мужского здоровья / Л. Г. Кругляк — «Крылов»,
2022 — (Медицина XXI века)

ISBN 978-5-4226-0408-1

Мужчина должен оставаться мужчиной в любом возрасте. Для этого нужно всегда помнить о главном секрете его силы – здоровье. Только вот достаточно ли он уделяет этому внимания? Опыт показывает, что это далеко не всегда так. В связи с этим мы обращаемся к женщинам. Милые дамы! Разве вы не хотите, чтобы ваши мужчины были здоровы? Почему вы? Да потому что большинство мужчин начинают собирать информацию о своих болезнях и способах их лечения, когда они уже больны. Общеизвестно, что профилактика любого недуга обходится дешевле, чем его лечение, причём как материально, так и морально. Женщины понимают это лучше мужчин. Автор книги, известный врач, уролог-андролог Лев Кругляк поможет разобраться в причинах мужских болезней, таких как простатит, доброкачественная гиперплазия (аденома) и рак предстательной железы, бесплодие и некоторых других. Вы узнаете, как предотвратить их, а также, если недуг уже дал о себе знать, вовремя его вылечить. Главная задача автора – помочь мужчинам сохранить своё здоровье, чтобы создать условия для полноценной и полноценной жизни до глубокой старости. В книге представлен обширный материал альтернативных методов лечения (фитотерапия, массаж, лечебная гимнастика, шиацу, гомеопатические и антропософские препараты, рецепты народной медицины и др.), проверенных многолетней практикой автора. Хотелось бы еще раз напомнить: мужчины, берегите свое здоровье – это залог мужской силы!

УДК 615.89
ББК 35.59

ISBN 978-5-4226-0408-1

© Кругляк Л. Г., 2022

© Крылов, 2022

Содержание

Предисловие	7
Введение	8
Глава 1	11
Строение и функции мочевыделительной системы	14
Почки и почечные лоханки	15
Мочеточник	16
Мочевой пузырь и мочеиспускательный канал	17
Мужские половые органы	18
Яички и придатки	19
Семявыносящий проток	20
Половой член	21
Предстательная железа (простата)	22
Глава 2	25
Глава 3	29
Причины и предрасполагающие факторы заболевания	31
Острый простатит	34
Хронический простатит	35
Диагностика хронического простатита	38
Бактериальные простатиты	40
Инфекции, передающиеся половым путём	41
Конец ознакомительного фрагмента.	45

Лев Кругляк
Секреты мужского здоровья
Слабые места сильного пола

Данная книга не является учебником по медицине.

Все рекомендации должны быть согласованы с лечащим врачом.

© Кругляк Л. Г., 2022

© ИК «Крылов», 2022

* * *

Предисловие

Дорогой читатель!

Вы держите в руках книгу Льва Кругляка, моего коллеги, уролога, который выбрал для себя очень непростой путь – путь популяризации мужского здоровья. Актуальность того, что делает Лев, трудно переоценить. Крупнейший русский клиницист М. Я. Мудров сказал: «Любую болезнь легче предупредить, чем лечить» – и каждый практикующий врач предпочёл бы именно профилактику возникновения заболевания, а не его лечение. Но, к сожалению, пока ещё достаточно редко мужчины задумываются о качестве жизни, о необходимости своевременного обращения к специалистам для регулярных осмотров.

Самое важное для меня в этой книге – это обращение автора к читателям со словами о необходимости вдумчивого отношения к своему здоровью. «Секреты мужского здоровья» – именно об отношении к себе. Я с интересом прочитал данный труд автора и оценил его опыт общения с непрофессиональной аудиторией. Этого многим из нас не хватает. Безусловно, как практикующий уролог и профессор Сеченовского университета, с некоторыми тезисами, написанными Львом, я не согласен – и это абсолютно нормально. Лев пишет популярную книгу для широкой аудитории. И, повторюсь, ценность ее именно в том, что она вызовет желание у этой аудитории обратиться к врачу вовремя!

Последнее, что хотелось бы подчеркнуть. Те разделы книги, которые посвящены лечению или профилактике, носят исключительно ознакомительный характер. Это не инструкция и не руководство к действию. Автор, наряду с клиническими рекомендациями, утвержденными профессиональными сообществами для диагностики и лечения тех или иных урологических заболеваний, приводит и варианты гомеопатических назначений, советы по питанию или применению различных растительных сборов, не имеющих доказательной базы, но на протяжении не одного десятка лет вызывающих стойкий интерес у широкой непрофессиональной, а подчас и профессиональной аудитории. Мне было очень интересно услышать точку зрения автора на многие аспекты мужского здоровья. Уверен, что вы тоже получите удовольствие, прочитав эту книгу, изданную к 80-летнему юбилею автора.

Мои поздравления!

Л. Г. Стивак,

доктор медицинских наук, профессор Института урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского Университета, специалист по проведению клинических исследований лекарственных препаратов, председатель Совета ассоциации специалистов консервативной терапии в урологии «АСПЕКТ».

Введение

Человек – уникальное явление природы, но законы, которые им управляют, довольно просты и очень понятны тому, кто не жалеет времени их изучать и наблюдает за жизнью своего организма изо дня в день.

Поль Брегг

Много лет назад в «Литературной газете» известный социолог профессор Б. Урланис опубликовал статью «Берегите мужчин». В ней он в определённой степени перевернул привычные представления о сильном и слабом поле. Согласно выкладкам автора, мужчина гораздо более уязвим для большинства болезней и чаще, чем женщина, становится жертвой несчастных случаев. Статистические данные показывают, что хотя мальчиков обычно рождается несколько больше, со временем это преимущество теряется, а к 60–70 годам мужчин становится чуть ли не вдвое меньше, да и продолжительность их жизни значительно уступает женской.

Во все времена мужчине отводилась роль добытчика, охотника, воина. Выполнение этих функций всегда сопряжено с определённой степенью риска. Для женщины характерна жизнь, связанная с постоянным и кропотливым трудом (воспитание детей, поддержание семейного уюта и т. д.). Впрочем, эмансипация приносит свои плоды – женщины всё больше занимают руководящие позиции. Мужчинам свойственно резко сменять сверхактивную деятельность пассивным времяпрепровождением. И недаром же появилось большое количество анекдотов на тему «Муж с газетой на диване или смотрящий футбол по телевизору». Возможно, их создавали женщины, пытаясь повлиять на мужчин. И правильно делали. Как известно, именно адинамия привела к росту сердечно-сосудистых заболеваний, составляющих почти половину смертных случаев. Не стоит забывать об алкоголе и никотине – не менее серьёзных факторах риска. Они вместе с другими причинами способствуют застойным явлениям в органах малого таза, провоцируя развитие хронических воспалительных заболеваний предстательной железы.

Существуют ли специфические проблемы мужского здоровья? В определённой степени, безусловно, есть вопросы, требующие освещения и принятия соответствующих мер. Но если даже они и касаются половых особенностей мужского организма, вряд ли что-то можно решить без участия женщин.

Прежде всего, речь идёт об общепринятых профилактических мерах. Существует лишь одно условие: мужчина должен сам активно стремиться быть здоровым. В настоящее время известно огромное число средств, позволяющих сохранить здоровье и бодрость вплоть до глубокой старости. Это естественные факторы: закаливание, физические упражнения, умеренность в еде (ограничение жирной пищи, соли, специй), различные системы очистки и психофизического воздействия на организм. Каждый волен сам выбирать нужное занятие, а недостатка в информации сейчас нет. Безусловно, самое тяжёлое – начать работу над своим не всегда физически крепким организмом. Но опыт многих людей показывает, что потребность в оздоровительных мероприятиях и удовольствие, получаемое от них, возрастают по мере регулярного их применения.

К сожалению, многие мужчины пренебрежительно относятся к своему здоровью. Ложное и широко распространённое представление, что они всегда будут молодыми и крепкими, приводит порой к развитию серьёзной патологии в организме. И даже выздоровев, многие считают это заболевание случайным, не принимают никаких профилактических мер, препятствующих развитию рецидива. Это связано с нежеланием и неумением предпринимать волевые усилия, а также с проявлением эгоизма, перекладыванием хлопот о своём здоровье со своих плеч на плечи близких.

Существует и другая сторона проблемы. Это, мягко выражаясь, слабая информированность, незнание сути чисто мужских проблем: о любви и нежности, о сохранении и повышении потенции, о некоторых мужских болезнях и их лечении, в том числе средствами народной медицины, и т. д.

Надо отметить, что долгие годы не выходило серьёзной популярной литературы на эти темы, ибо о проблемах, связанных с половыми органами и сексом, говорить было просто не принято. Большинство людей, независимо от уровня их интеллекта, удивительно мало знают о том, как функционирует человеческий организм, с какими проблемами в случае нарушения его деятельности они могут столкнуться. Чаще всего человек просто не обращает внимания на вопросы, связанные со здоровьем, до тех пор, пока не столкнётся с какой-либо ситуацией, касающейся лично его или близких, а когда такое случается, тут же начинает паниковать. Особенно сложные проблемы возникают, когда речь идёт о патологии половых органов. В этих ситуациях даже образованные, интеллигентные люди совершенно теряют голову и начинают вести себя крайне непоследовательно и нелогично. Хотелось бы напомнить, что заболевания предстательной железы относятся к наиболее частым болезням мужчин, начиная со средних лет. Никто не застрахован от них, особенно в пожилом возрасте, но мало кто беспокоится о профилактике и ранней диагностике. И только когда появляются серьёзные симптомы, начинаются поиски врача. Зачастую на этом этапе уже потеряно время для успешного лечения. В запущенных случаях назначается лишь симптоматическое лечение, а если еще возможно спасти ситуацию, проводятся оперативные вмешательства.

Подобное безразличие к своему здоровью как-то уживается с боязнью старости, нередко связанной с заболеваниями предстательной железы (простаты). Находится немало мужчин, закрывающих глаза на свои незначительные жалобы и не желающих связывать их с наступающими возрастными изменениями. Существует и боязнь сексуальных нарушений, обусловленных патологией простаты, но обычно на эту тему мужчины долго не решаются заговорить даже с врачом.

Предстательную железу называют «вторым сердцем» мужчины, причем роль её всё больше возрастает по мере приближения к старости. У мальчиков практически до подросткового периода она никак не проявляет себя. Затем простата начинает развиваться и становится функционирующим органом. Возможно появление симптомов заболевания, которое называют «юношеским простатитом». С 20 до 40 лет учащаются хронические воспалительные заболевания органа с вовлечением в процесс семенных пузырьков. Острые простатиты бывают редко. Начинающиеся с вялого, хронического процесса, простатиты характерны для 30–50-летних мужчин. В этом возрасте обычно не встречается опухолевидное разрастание железы, а отмечается отёк, вызванный воспалительным процессом. После 40 лет возможны смешанные формы, говорящие о переходе в следующую стадию развития.

Говорить о возрастном увеличении простаты можно уже с 40 лет. Но рост её идет так медленно, что нередко только после 60 лет мужчины начинают замечать нарушение акта мочеиспускания. Необходимость в оперативном лечении возникает лишь у 5% до 50 лет, у 10% между 50 и 60 годами. Чем старше мужчина, тем больше вероятность возрастного увеличения простаты. Уже после 60 лет заболевание отмечается почти у каждого третьего из четырёх, а после 70 лет – почти у каждого, хотя жалобы бывают лишь у каждого 2–3-го мужчины. Считается, что оперативное лечение необходимо каждому седьмому из них.

Хотелось бы этой информацией дать возможность мужчинам (и, естественно, их любящим женщинам) понять суть изменений в их организме, в том числе возрастных. Для этого необходимо ознакомиться со строением и функциями мужских половых органов, возникающими заболеваниями, методами диагностики, лечения и профилактики (в том числе нетрадиционными).

Раньше в литературе для широкого круга читателей не было принято подробно описывать диагностические и лечебные мероприятия. Это была закрытая, рабочая «кухня» врачей. Однако человек вправе знать, что его ждёт на каждом этапе пути к выздоровлению, и должен активно участвовать в этом процессе. Только тогда его ждёт успех.

Надо признать, что «мужские болезни» – это цена довольно высокого уровня жизни, за который приходится расплачиваться. Тем не менее, знание современных мер профилактики, в том числе с использованием растительных лекарственных средств (фитотерапии), позволяет и повлиять на течение заболевания, и избежать серьёзных осложнений.

Целительные свойства растений издавна используются человеком для лечения различных заболеваний. Исследования фармацевтических свойств и терапевтической активности лекарственных растений показывают, что в лечебной практике можно использовать не только выделенные из растений отдельные вещества, но и сами растения без какой-либо химической обработки. Многие травы и пищевые растения обладают высокими лечебными свойствами, что позволяет включать их в арсенал медикаментозных средств, применяемых в современной врачебной практике. При этом фитотерапия, наряду с лечебным питанием и курортологией, относится к такому виду лечения, которое направлено на стимулирование жизнедеятельности всего организма и в целом положительно влияет на ход заболевания. В последние годы всё шире используют гомеопатические препараты и средства антропософской медицины.

Следует отметить, что использование альтернативных методов лечения является дополнительным, вспомогательным средством в комплексной терапии заболеваний.

Многие из перечисленных выше тем начинают остро волновать мужчин на определённом этапе их жизненного пути, однако найти необходимый ответ удаётся не всегда. Осознание происходящих в организме процессов поможет читателям лучше разобраться в интересующих их вопросах и прийти к правильному решению. Возможно, удастся снять хотя бы часть опасений и страхов, более реалистично отнестись к состоянию здоровья интимной сферы.

В любом случае, это не пособие по оказанию специализированной помощи. При выявлении первых же признаков описываемых здесь заболеваний следует обратиться к врачу, который после необходимых исследований поставит точный диагноз и назначит квалифицированное лечение. Рекомендуемые здесь советы усиливают действие этой терапии, а также способствуют предупреждению заболеваний и их регрессу. Особенно это касается мужчин старше 45 лет. Настоятельно советуем им проходить ежегодный профилактически осмотр у уролога – занятие не обременительное, но обязательное.

Автор глубоко благодарен за неоценимую помощь научному консультанту работы – доктору медицинских наук, профессору Л. Г. Спиваку.

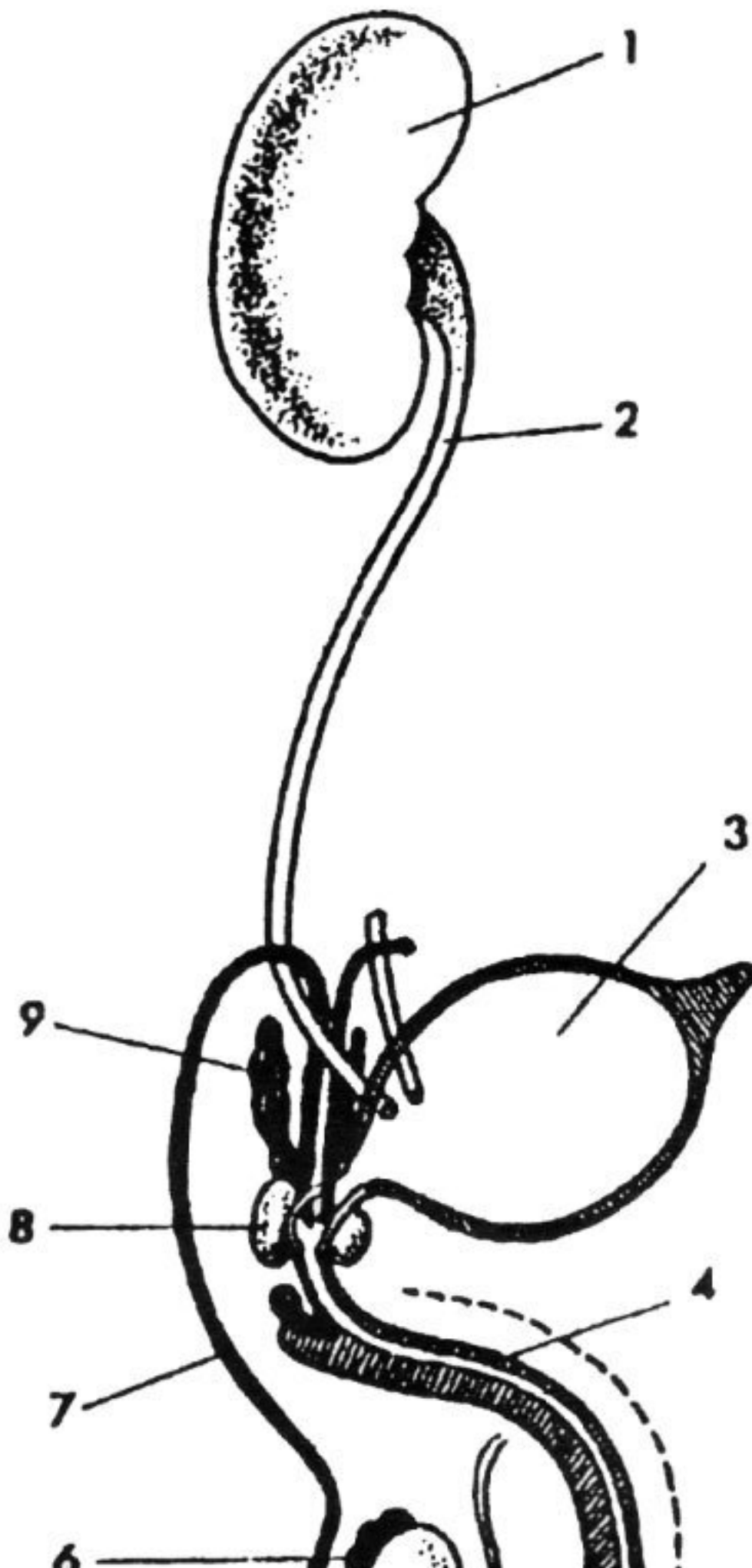
Автор благодарен за помощь в подготовке книги доктору медицинских наук, профессору, академику НАН РК В. Н. Локшину, докторам медицины Лео Ветцелю и Александру Бёму (Leo Wetzel и Alexander Böhm, ФРГ).

Глава 1

Предстательная железа в системе мочеполовых органов

Почему в этой главе «лидером» стала предстательная железа? Потому что это специфический мужской орган, с которым связано много функций и ряд заболеваний. Кроме того, хотелось бы привлечь внимание к проблемам, связанным с этим органом.

Предстательная железа (простата) не может рассматриваться как изолированный орган. Понять её функции и заболевания возможно, лишь рассматривая простату как часть системы мочевыводящих путей и мужских половых органов. Поэтому необходимо краткое описание так называемой мочеполовой (урогенитальной) системы.



Мочеполовая система (мужская)

1 – почка; 2 – мочеточник; 3 – мочевой пузырь; 4 – мочеиспускательный канал и губчатое тело полового члена; 5 – яичко; 6 – придаток яичка; 7 – семявыводящий поток; 8 – предстательная железа; 9 – семенные пузырьки.

#

Строение и функции мочевыделительной системы

Задача этой системы – профильтровать излишнюю жидкость и вредные продукты распада из крови и вывести их с мочой из организма. Состоит она из почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала (уретры). Над почками расположены в виде «шапочки» надпочечники, но они не относятся к данной системе. Это железа, продуцирующая около 30 жизненно важных гормонов, в том числе глюкокортикоиды, адреналин и андрогены (в незначительном количестве).

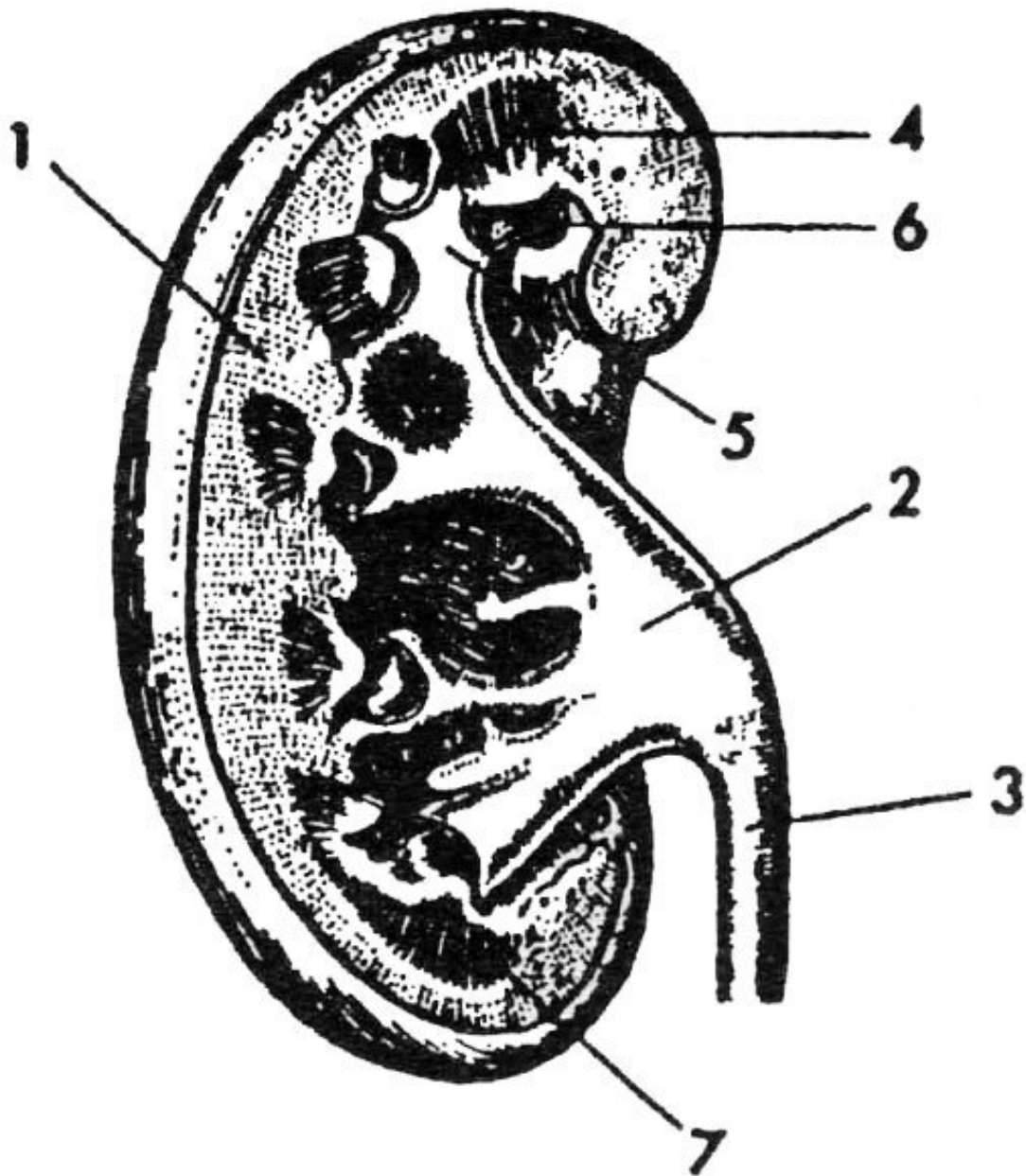
Почки и почечные лоханки

Почки – парный орган фасолеобразной формы длиной 10–12 см и весом 120–180 г располагаются по обе стороны позвоночника за брюшной полостью. Они окутаны жировой прослойкой и окружены крепкой капсулой. Правая почка граничит сверху с печенью, которая несколько прикрывает её, а левая расположена под селезенкой. В средней части почки («ворота»), повернутой к середине тела, находится нервно-сосудистый пучок. Здесь же расположена почечная лоханка, переходящая в мочеточник. На разрезе почки выделяют корковый слой, который широкими полосками проникает в мозговой слой, формируя здесь 7–9 пирамид. В корковом слое имеется около 1 миллиона почечных клубочков, извитые каналы, переходящие в мозговой слой, где формируют чашечки, которые, в свою очередь, переходят в почечную лоханку.

В почках постоянно происходит процесс фильтрации и реабсорбции (обратного всасывания). За 1 минуту через многочисленные сосуды клубочков проходит около 1,2 л крови, которая здесь фильтруется. Через сосудистую стенку капсулы клубочков фильтруется вода и продукты обмена. В 1 минуту образуется приблизительно 120 мл первичной мочи. Однако, проходя по многочисленным почечным каналам, около 99% воды, питательных веществ и минеральных солей из первичной мочи возвращаются в сосудистое русло. Оставшаяся концентрированная моча (1,2–2 л в сутки) выделяется в почечные лоханки и выводится из организма по мочевым путям. Очищенная кровь поступает по почечной вене в кровообращение. Моча здорового человека чистая и желтоватая. Кроме воды, она содержит продукты азотистого обмена, различные шлаки и соли.

Мочеточник

Из почечной лоханки моча по мочеточнику поступает в мочевой пузырь. Длина его обычно 25–30 см, диаметр 4–7 мм. Мышечная стенка выстлана слизистой оболочкой. Благодаря перистальтике моча выдавливается вниз. На протяжении мочеточника располагаются 3 сужения. Здесь обычно застревают камни, опускающиеся из почек.



Внутреннее строение почки

1 – корковый слой почки; 2 – почечная лоханка; 3 – мочеточник; 4 – почечная пирамида, оканчивающаяся сосочком; 5 – большая почечная чашка; 6 – малая почечная чашка; 7 – мозговой слой почки.

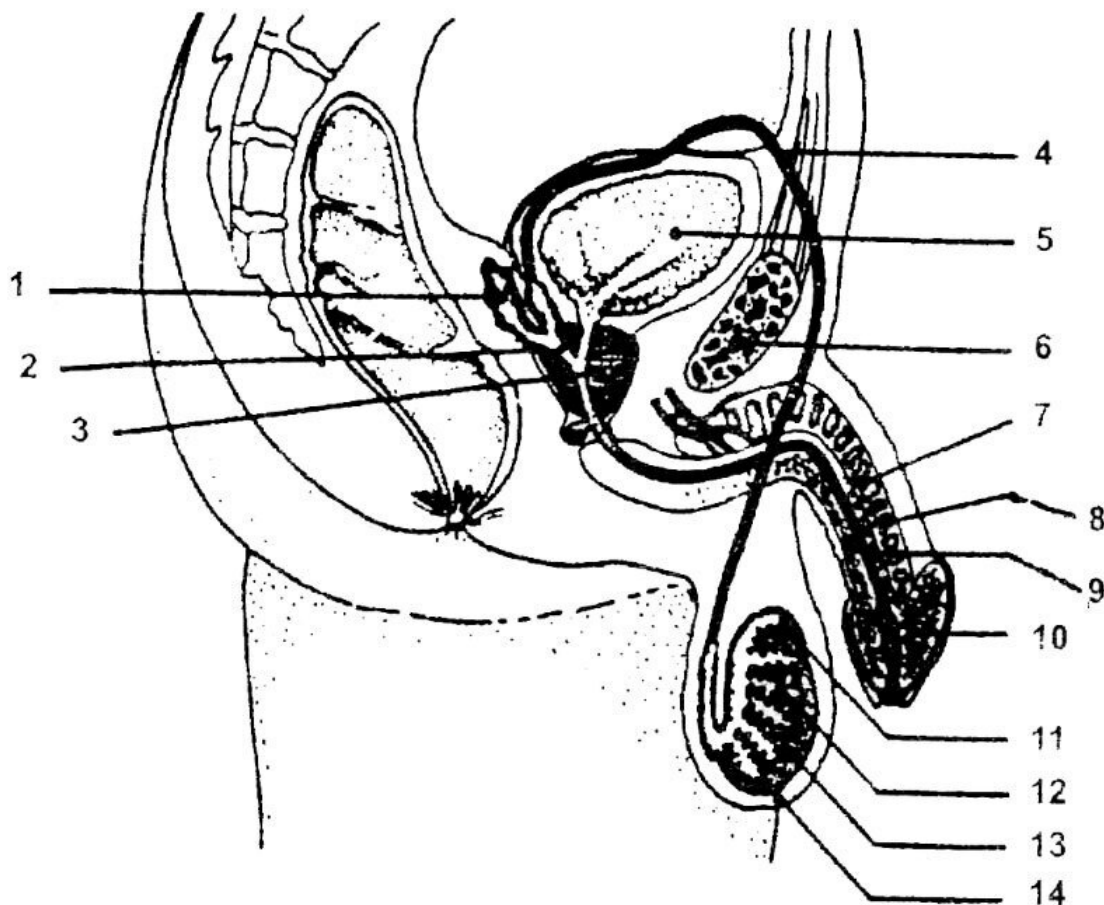
Мочевой пузырь и мочеиспускательный канал

Мочевой пузырь располагается в малом тазу. Стенки его состоят из гладкой, непроизвольной мускулатуры, покрытой слизистой оболочкой. В мочевом пузыре оба мочеточника открываются своими устьями, имеющими устройства типа вентиля, препятствующие обратному току мочи в почки. Из мочевого пузыря моча выводится по мочеиспускательному каналу (уретре). Роль мочевого пузыря проста. Он служит ёмкостью для накопления мочи и последующего выведения её значительными порциями. Обычно 300–400 мл мочи достаточно, чтобы вызвать раздражение рецепторов, связанное с растяжением стенок мочевого пузыря, за которым следует позыв к мочеиспусканию. Благодаря регуляции нервной системы обе запирающие мышцы расширяются, способствуя мочеиспусканию. К счастью, в обычных условиях непроизвольного мочеиспускания не происходит благодаря наружной запирающей мышце.

Передняя часть мочевого пузыря (шейка) переходит в уретру. Длина её у мужчин 20–25 см, а у женщин только 4–5 см. Это в определённой степени способствует более частой заболеваемости женщин воспалением мочевого пузыря. При мочеиспускании уретра расширяется до 8 мм. Она выстлана также слизистой оболочкой. Являясь завершающим отделом мочевых путей, служит для выведения мочи наружу.

Мужские половые органы

Поскольку мужские половые органы находятся в тесном отношении с мочевыделительной системой, их объединяют в уrogenитальную систему. У мужчин выделяют яички и их придатки, семявыносящие пути, половой член и предстательную железу.



Мужские половые органы

1 – семенной пузырь; 2 – выводной проток; 3 – простата; 4 – семявыносящий поток; 5 – мочевого пузырь; 6 – лобковая кость (срез); 7 – каверзное (пещеристое) тело полового члена; 8 – мочеиспускательный канал; 9 – каверзное тело уретры; 10 – головка полового члена; 11 – придаток яичка; 12 – семенные канальцы; 13 – яичко; 14 – мошонка.

Яички и придатки

Мужские семенные клетки – сперматозоиды вырабатываются в яичках. Это парный овальный орган, имеющий по виду и величине сходство с голубиным яйцом, весом около 30 г. Они располагаются в кожном мешочке (мошонке) и окружены плотной соединительно-тканной оболочкой. Каждое яичко состоит из приблизительно 200 отдельных долек, отделённых друг от друга тонкими перегородками. В каждой из них имеется несколько извитых канальцев, выстланных семяобразующим эпителием, где из первичных половых клеток развиваются сперматозоиды. Семя по выносящим канальцам (их 10–25) попадает в придаток яичка, который состоит из многочисленных извитых канальцев, где сперматозоиды созревают. Придаток яичка – продолговатый трубчатый орган – прилежит к верхнему полюсу и задней поверхности яичка и, суживаясь книзу, переходит в семявыносящий проток. Верхний его отдел называют головкой, средний – телом, а нижний – хвостом.

Яички, будучи основной половой железой мужского организма, выполняют две важные функции: внутренней и внешней секреции. Внутрисекреторная, то есть гормональная, функция яичек заключается в выработке мужского полового гормона, который влияет на появление в определённый период жизни мужчины вторичных половых признаков (рост волос на теле, специфические особенности развития и строения нервно-мышечной и костной систем и т. д.), а ко времени полового созревания обеспечивает (вместе с другими факторами) половое влечение и половую функцию.

Внутреннюю секрецию осуществляют особые клетки, деятельность которых начинает нарастать в период полового созревания, достигает максимума в возрасте от 20 до 40 лет, а затем постепенно снижается. Однако полного прекращения внутрисекреторной функции яичек не происходит даже в преклонном возрасте.

К внешнесекреторной функции яичек относят их способность образовывать сперматозоиды, выработка которых начинается в период полового созревания (12–16 лет) и продолжается в течение всей жизни мужчины. Существуют, несомненно, индивидуальные колебания сроков угасания деятельности яичек как внутри–, так и внешнесекреторной, однако известно, что сохранение обеих функций (и, следовательно, способности к совершению полового акта и к оплодотворению) вплоть до глубокой старости не является редкостью.

Придаток яичка служит временным резервуаром и выводным протоком для сперматозоидов, поступающих из яичка. В этом резервуаре происходит дозревание сперматозоидов, в процессе которого определённое значение имеет вырабатываемая стенкой придатка жидкость – секрет придатка яичка. Наибольшее скопление сперматозоидов имеет место в хвосте придатка яичка. Только пройдя через придаток яичка, сперматозоиды приобретают способность к оплодотворению.

Семявыносящий проток

Извитые каналы придатка яичка объединяются в единый выход и переходят в семявыносящий проток. Это длинная и тонкая трубка около 50 см, которая в составе семенного канала вместе с сосудами и нервом проходит по паховому каналу в таз, где подходит к задней части мочеиспускательного канала. Перед впадением в него семявыносящий проток образует расширение – ампулу, в которую впадает сбоку выводной проток расположенного рядом семенного пузырька. Ампула семявыносящего протока переходит в семявыбрасывающий проток, который, пройдя сквозь толщу предстательной железы, открывается на вершине семенного бугорка в заднем отделе мочеиспускательного канала. В момент семяизвержения (эякуляции) происходит мгновенное сокращение и опорожнение ампулы и конечного отдела семявыносящего протока в мочеиспускательный канал. После этого проток вновь расслабляется и удлиняется, снова наполняясь сперматозоидами.

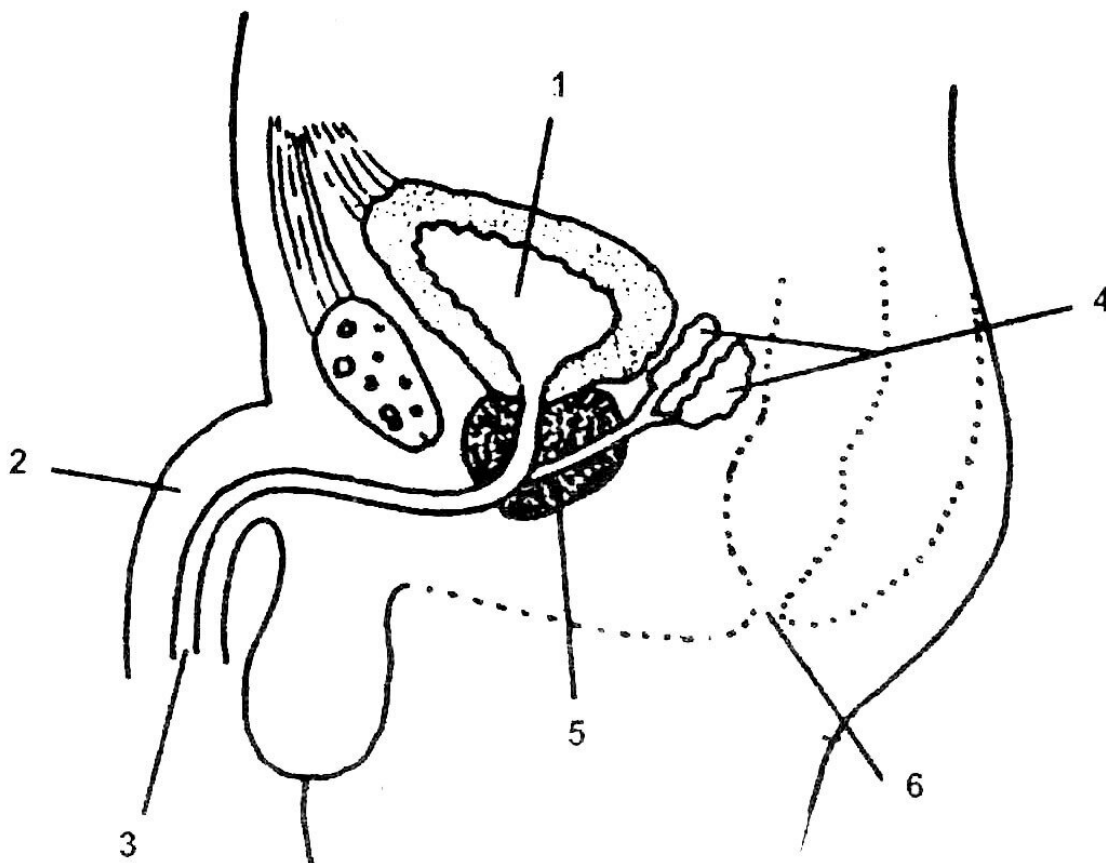
Семенной пузырёк – парный мешотчатый орган грушевидной формы. Он располагается над предстательной железой сзади от дна мочевого пузыря и спереди от ампулы прямой кишки. Выводной проток его впадает в ампулу семявыносящего протока. Он всего 4–5 см длиной и около 1 см в диаметре. Секрет семенных пузырьков входит в состав семени. Наиболее важная составная часть секрета – фермент фруктоза, необходимый для сохранения жизнеспособности сперматозоидов. Семенные пузырьки служат также дополнительным резервуаром для излишка сперматозоидов в случае переполнения ими ампулы семявыносящего протока.

Половой член

Этот орган в жизни каждого мужчины играет важнейшую роль. Начинается он корнем и заканчивается головкой, окружённой крайней плотью, соединённой на задней поверхности с телом кожной связкой – уздечкой. В норме крайняя плоть свободно сдвигается с головки, полностью открывая её. На внутреннем листке крайней плоти и на коже головки полового члена (в области венечной борозды) постоянно образуется, начиная с раннего детства, особое вещество – смегма. Её обязательно следует смывать для предупреждения воспалительных заболеваний и рака полового члена. Для развития столь грозной патологии важны и другие причины, но это не умаляет необходимости осуществления тщательных гигиенических процедур. Ствол полового члена образован тремя продольными анатомическими структурами: двумя способными к кровенаполнению при эрекции пещеристыми телами и расположенным под ними одним губчатым телом, через которое проходит мочеиспускательный канал. Половой член при возбуждении значительно увеличивается в размерах, становится напряжённым, что позволяет мужчине осуществлять половой акт.

Предстательная железа (простата)

Большинство мужчин знают, что они являются обладателями предстательной железы, однако едва ли подробно информированы о её строении и функции. Между тем это очень важно для понимания механизма развития заболеваний простаты. Поэтому её описанию уделяется больше внимания, чем другим органам мочеполовой системы.



Анатомическое расположение предстательной железы

1 – мочевой пузырь; 2 – половой член; 3 – мочеиспускательный канал (уретра); 4 – семенные пузырьки; 5 – предстательная железа; 6 – задний проход.

Предстательная железа – железистый орган, богатый мышечной и соединительной тканью, имеющий от 30 до 80 железистых групп с собственным выходом в уретру. Являясь половой железой и развиваясь вместе с яичками и половым членом, она приобретает свои функциональные формы и размеры к периоду половой зрелости. Простата имеет форму и размеры каштана 3–5 см в диаметре и весит 15–20 г. Располагается она между мочевым пузырем и дном таза и окружает мочеиспускательный канал в том месте, где он выходит из мочевого пузыря. Обратной стороной простата прилежит к передней поверхности прямой кишки, поэтому эту её часть хорошо обследовать пальцем или с помощью ультразвукового исследования (УЗИ). По верхнему краю железы на выходе из мочевого пузыря (в так называемой шейке) располагается внутренняя запирающая мышца, а по нижнему – наружная, огибающая уретру. Эти мышцы, участвуя в акте мочеиспускания, в то же время препятствуют попаданию спермы при семяизвержении в мочевой пузырь.

При исследовании под микроскопом тонких срезов выявляется структура ткани. Имеющиеся железистые дольки отделены друг от друга фиброзно-мышечными оболочками, способствующими выжиманию секрета. Предстательная железа окружена плотной соединительнотканной капсулой. Перегородка делит её на внутреннюю (центральную) и наружную (периферическую) зоны. Для доброкачественной гиперплазии (аденомы) предстательной железы характерен рост внутренних полей. В связи с этим понятно, что внутренняя часть железы, окружающая мочеиспускательный канал, может стать при разрастании причиной его сужения. Напротив, злокачественные опухоли простаты чаще всего располагаются в наружных отделах железы и тем самым не обязательно должны приводить к ухудшению мочеиспускания. Такое избирательное расположение позволяет нередко обнаружить их при пальцевом исследовании через прямую кишку, что делает этот диагностический метод важнейшим для раннего выявления злокачественных опухолей предстательной железы.

Предстательная железа – жизненно важный орган, выполняющий в организме мужчины различные функции. Она вырабатывает секрет, представляющий собой жидкость слабощелочной реакции, молочно-слизистой консистенции со специфическим запахом. В нём содержатся белки, аминокислоты, липиды, лимонная кислота, натрий, калий, кальций, сера, хлор, фосфор, цинк, а также ферменты: фосфатаза, фиброгеназа, амилаза и т. д.

Секрет в железе образуется постоянно, но выделяется в мочеиспускательный канал у здоровых мужчин только во время семяизвержения. Он увеличивает массу семенной жидкости, составляя около 40% её объёма, и активно участвует в поддержании жизнедеятельности сперматозоидов. Следует знать, что в состав семенной жидкости (спермы, эякулята) входят секрет предстательной железы, железок мочеиспускательного канала, яичек и семенных пузырьков. Кроме того, простата перекрывает семявыносящие пути, препятствуя проникновению в них мочи и возникновению заболеваний. Есть данные, что в простате вырабатывается некоторое количество мужских и женских половых гормонов.

Предстательная железа находится под контролем половых гормонов и гормонов гипофиза, что имеет существенное значение как для жизнедеятельности организма в целом, так и для половой активности мужчины. Существует тесная функциональная зависимость между предстательной железой и яичками. Известно, что при удалении яичек (кастрации) резко снижается работа предстательной железы: в ней замедляются, а затем и прекращаются все биосинтетические процессы, а сама железа постепенно уменьшается за счёт гибели клеток железистого эпителия. При различных заболеваниях предстательной железы (например, при хроническом простатите), когда снижается её функциональная деятельность, снижается и активность яичек, что, в свою очередь, отражается на половой функции мужчины: нарушается образование сперматозоидов, страдает способность к оплодотворению. **По данным различных авторов, половые расстройства наблюдаются у большинства пациентов с хроническим простатитом.** Кроме регуляции половой деятельности и обеспечения нормального процесса размножения предстательная железа оказывает влияние на акт мочеиспускания, обмен веществ в организме, работу сердечно-сосудистой, нервной и других систем.

Остановимся несколько подробнее на механизме регуляции и функциональной зависимости мужских половых органов. Их рост, развитие и функция управляются половыми гормонами, которые, как и сперматозоиды, продуцируются в яичках. Они играют важную роль в развитии заболеваний предстательной железы. Железы внутренней секреции (эндокринные органы) выделяют гормоны в кровь, с которой поступают в различные органы и ткани организма, где и оказывают своё специфическое действие.

Мужские половые гормоны называются андрогенами. Важнейшим из них является тестостерон. Большая часть его (95%) производится в яичках и лишь 5% – в надпочечниках. Во время внутриутробного развития плод продуцирует ничтожное количество тестостерона. Оно значительно возрастает по мере роста ребёнка, его половых органов и опущения яичек в

мошонку. Сразу после рождения и в раннем детстве яички почти не продуцируют тестостерон. С вступлением в пубертатный период (примерно от 10 до 12 лет) начинается активная выработка тестостерона. Это ведёт к развитию половых органов соответственно возрасту. От уровня тестостерона зависит тип оволосения, увеличение гортани и изменение регистра (тембра) голоса. Одновременно происходят типичные изменения в обмене веществ юношей – происходит стимуляция роста мышечной и костной ткани. Эта зависимость и является причиной применения допинга в спорте. Если по ряду причин мужских половых гормонов не хватает в организме (пороки развития или удаление яичек – кастрация), то может быть недостаточное (неполное) развитие половых органов, высокий голос, незначительный рост волос на лице. Одновременно недостаточное воздействие тестостерона на мышцы способствует снижению мышечной массы, при этом идёт перераспределение жировой ткани по женскому типу.

Мужской половой гормон тестостерон влияет не только на вторичные половые признаки (голос, борода, мускулатура), но и на функцию предстательной железы. Предпосылкой этого является переход тестостерона в дигидротестостерон, который в первую очередь воздействует на ткани простаты. Более чем 300-летние наблюдения показали, что у мальчиков, кастрированных в пубертатном периоде (удалением яичек), навсегда остается высокий голос. С возрастом у них не бывает проблем с предстательной железой, так как она не увеличивается в размерах, не бывает у этих людей и опухоли простаты. Учитывая зависимость роста злокачественных опухолей предстательной железы от повышения уровня тестостерона, было предложено блокировать выработку гормона, и сейчас этим методом лечения активно пользуются.

Многие медицинские аспекты проблемы тестостерона ещё являются предметом научных споров. Изучаются вопросы влияния гормонального фона на поведение мужчины, уточняются нормативные показатели тестостерона в крови и т. д. В связи со снижением уровня гормона между 50 и 70 годами, естественно, говорят о «мужском климаксе». Многие авторы считали, что возрастные изменения в организме женщины и мужчины протекают по-разному, и поэтому данный термин неуместен, но теперь он признан официально.

Колебания уровня полового гормона в организме мужчины во многом зависят от целого ряда факторов. Восполнение дефицита осуществляется только квалифицированным врачом.

Итак, предстательная железа играет важнейшую роль в организме мужчины. Можно назвать её небольшой «бомбой с часовым механизмом», который может сработать в любом возрасте. И хотя рак предстательной железы редко случается до 40 лет, от её воспаления (простатита) не застрахованы даже подростки.

Глава 2

Обследование пациентов с заболеваниями предстательной железы (общие и специальные исследования)

Этот раздел даёт краткое описание пути пациента с жалобами, связанными с предстательной железой, к точному диагнозу. Здесь неуместна излишняя застенчивость, к тому же подавляющее большинство исследований просты и безболезненны.

При первом посещении врач уточняет предысторию жалоб («анамнез заболевания»): вид, длительность, характер, а также изучает характеристики общего состояния здоровья. В этой связи любая информация о предшествующем лечении медикаментами (даже если речь идёт об аспирине) или об аллергии важна, так как это может влиять на лечебные рекомендации вашего врача. Обычно врач уточняет перенесённые или имеющиеся заболевания, особенно миндалин, жёлчного пузыря и кишечника, изменения в зубах (кариес), патологию мочевых путей, инфекционные заболевания. Это позволяет выявить очаг инфекции при воспалительном процессе в предстательной железе.

Безусловно, выбор исследований зависит от предполагаемого диагноза в момент обращения, стадии заболевания, общего состояния больного, наличия сопутствующей патологии. Уже на основании жалоб пациента врач может сделать важные выводы. Поэтому необходимо без всякого стеснения описать все свои жалобы, особенно связанные с простатой. Тогда врач после дополнительных целенаправленных вопросов сможет представить картину заболевания исследуемого органа. Правда, для надёжного диагноза одного опроса (личного анамнеза) недостаточно. Поэтому для уточнения связи жалоб с простатой проводятся общее и специальное обследование.

Заметим, что ещё до ректального осмотра желательно сделать исследование крови на ПСА (простатический специфический антиген), о котором пойдёт речь ниже.

При общем клиническом обследовании прежде всего имеет значение пальцевое исследование предстательной железы через прямую кишку (анальное отверстие). Это рутинное исследование просто и безболезненно, отчасти неприятно (больше с психологической точки зрения). Пациент принимает одну из 4 позиций:

- на правом боку с подогнутым правым коленом;
- стоя, согнувшись через стул или опираясь на кушетку;
- коленно-локтевое положение;
- положение на спине с широко расставленными ногами.

Врач вводит указательный палец в заднепроходное отверстие и изучает железу, выступающую в прямую кишку буквально в нескольких сантиметрах. Одновременно ощупывается и прямая кишка.

Что может выявить врач?

При пальцевом исследовании оцениваются размеры, консистенция, состояние поверхности железы и, если удаётся, расположенных выше семенных пузырьков. Это позволяет выявить различные изменения, в том числе уплотнения, размягчения, узлы. Нередко выявляют трещины, опухолевые образования прямой кишки, геморрой.

Если имеется подозрение на воспалительный процесс, то после лёгкого массажа железы и семенных пузырьков получают по уретре секрет, который подвергается микроскопическому исследованию. Часто обнаруживается возбудитель заболевания, например, трихомонады, гоно-

кокки, микоплазмы. Часть секрета дополнительно исследуют для выявления возбудителей заболевания и их чувствительности к антибактериальным препаратам.

Так как большая часть семенной жидкости содержит секрет простаты, то, если в предыдущем исследовании не было результата, проводится дополнительное исследование эякулята (семени). Семенная жидкость, полученная после мастурбации, также исследуется микроскопически и микробиологически. Поэтому нельзя с гарантией сказать, где находится очаг воспаления (в простате, семенных пузырьках или придатках).

Во многих неясных диагностических случаях вышеуказанные методы обследования недостаточны. Они не позволяют уточнить диагноз и назначить соответствующее лечение. В таких случаях проводят цитологическое исследование. Тонкой иглой толщиной со щетину волосяной щетки отсасывают материал из простаты. После предварительного окрашивания так называемый аспират смотрят под микроскопом. Цитологический метод часто позволяет уточнить диагноз. Его можно использовать и для контроля лечения при воспалительном процессе и карциноме. Многие пациенты боятся его, и напрасно. При цитологическом исследовании нет необходимости в обезболивании. Оно почти безболезненно и, как было сказано выше, пункция делается тонкой иглой с помощью специального аппарата. В некоторых затяжных случаях данное исследование позволяет поставить правильный диагноз и назначить квалифицированное лечение.

Во всех без исключения случаях проводится исследование мочи. Иногда ограничиваются использованием упрощённых тестов-полосок, позволяющих по химическим реакциям сразу же решить вопрос об изменении мочи – белок, воспалительный процесс, реакция и т. д., что, однако, не исключает её микроскопического исследования. Оправдывает себя 3-стаканная проба, которая служит для установления места очага воспаления в мочевых путях. Пациенту предлагается при мочеиспускании разделить содержимое мочевого пузыря на три порции (3 стакана). Перед освобождением последней порции обычно пальпируется и легко массируется предстательная железа. Считается, что в первой порции находится моча, смешанная с выделением половых путей. Вторая порция – главным образом из мочевого пузыря и почек. В третьей порции – моча, смешанная с секретом простаты. Помутнение первой пробы указывает на изолированное воспаление уретры. Помутнение и покраснение всех трёх порций мочи говорит о заболевании мочевого пузыря или почек. При изменении третьей порции можно думать о заболевании предстательной железы. Понятно, что результаты этого исследования имеют относительный характер, но при отсутствии технических возможностей оно может помочь в диагностике.

Более точные результаты дает микроскопическое исследование мочи. Обычно для этого используют «среднюю» порцию мочи. При наличии инфекции мочевых путей в моче присутствуют бактерии, а также увеличивается число белых кровяных телец (лейкоцитов). В этом случае дополнительно проводится исследование урокультуры в термостате для уточнения вида бактерий, вызывающих инфекцию, и определение их чувствительности к антибактериальным препаратам. Также уточняется наличие в моче красных кровяных телец (эритроцитов). Они появляются в моче при доброкачественной гиперплазии (аденоме) предстательной железы (ДГПЖ), камнях и опухолях мочевых путей, поэтому впоследствии проводятся дополнительные исследования для уточнения диагноза. При выявлении в моче белка и сахара можно думать о нарушении функции почек и обмена сахара. Важно также определение РН-мочи. Часто в моче выявляют различные соли.

Обязательно проводится исследование крови. Существует стандартный объём обследования, который интересует каждого врача. Это, прежде всего, количество лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобин, скорость оседания эритроцитов и свёртываемость крови. Далее следует креатинин – продукт белкового обмена, который, фильтруясь в почках, выделяется с мочой как шлак. Повышение его уровня в крови указывает на нарушение функции почек. В послед-

ние годы особенное значение у пожилых мужчин имеет определение ПСА – простатспецифического антигена, позволяющего значительно улучшить выявляемость рака предстательной железы. При хронических простатитах и сексуальных нарушениях необходимо знать эндокринный статус больных, поэтому изучается уровень продукции у них андрогенов и эстрогенов – мужских и женских половых гормонов.

Вышеприведенные исследования обычно позволяют врачу поставить диагноз, который, однако, нередко нуждается в уточнении. Современная медицина даёт возможность с помощью точных и надёжных методов диагностики выяснить характер заболевания. В каждой отдельной ситуации врач выбирает наиболее необходимые методы, которые позволяют уточнить диагноз и решить вопрос о рациональном лечении. При этом следует учитывать, что все методы используют в определённой последовательности.

Большие преимущества имеет обследование с помощью ультразвука, так как позволяет оценивать органы и изменения в них без лучевой нагрузки организма, имеющейся при рентгенологическом исследовании. Поэтому этот метод можно употреблять довольно часто, что важно для контроля лечения заболеваний предстательной железы. Одновременно проводится исследование мочевых путей – почек и мочевого пузыря, что позволяет предусмотреть возможные осложнения со стороны указанных органов при заболеваниях простаты. При затруднении акта мочеиспускания может быть застой в мочевом пузыре, обратный заброс её в почки, что вызывает в них воспалительный процесс и соответствующие изменения, хорошо видимые при ультразвуковом исследовании (УЗИ). Также тщательно изучается состояние полости и стенок мочевого пузыря. При этом иногда выявляются изменения слизистой оболочки (псевдодивертикулы) и камни мочевого пузыря – осложнения заболеваний простаты. Обычно обследование проводится до и после мочеиспускания. Это связано с тем, что у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы после мочеиспускания иногда остаётся моча, которая измеряется с помощью УЗИ. Используя ректальный (прямокишечный) датчик, можно «осмотреть» простату вовнутрь, что даёт дополнительную информацию об органе.

Несмотря на преимущества УЗИ, часто нельзя обойтись без дополнительного обследования. Долгие годы использовали рентгенологическое исследование почек, мочеточников и мочевого пузыря с мочеиспускательным каналом (уретрой). Это позволяло выявить камни почек, мочеточников и мочевого пузыря, а также имеющуюся в них патологию (опухоли, кисты и т. д.). Сейчас практически повсеместно есть возможность выполнить МСКТ (мультиспиральную компьютерную томографию) с трёхмерным построением мочевых путей.

Чёткое изображение костной системы можно получить с помощью сцинтиграфии с использованием радиоактивных изотопов. При этом вводимое в вену слабое контрастное вещество достигает костных тканей, аккумулируется и даёт четкую картину их структуры. Этот метод позволяет выявить метастазы при раке простаты.

Одним из самых дорогостоящих методов диагностики является магнитно-резонансная томография (МРТ). Он позволяет исследовать срезы органов, не используя рентгеновских лучей и радиоактивных веществ.

Однако ещё до появления вышеописанных технических новинок урологи имели аппаратуру, позволяющую получить немало информации о состоянии мочевыводящих путей. Введение современных оптических систем и сейчас даёт возможность применить цистoureтроскопию при заболеваниях предстательной железы. Этот эндоскопический метод позволяет с помощью специального инструмента, вводимого через мочеиспускательный канал, хорошо осмотреть и уретру, и мочевой пузырь. При этом выявляются изменения слизистой оболочки, утолщения стенки, опухоли и дивертикулы, камни мочевого пузыря, сужения уретры.

Иногда эндоскопическое исследование используется перед операцией для уточнения некоторых показателей, например, размеров предстательной железы, опухоли и т. д. Некоторые пациенты боятся этого исследования, считая его болезненным. В то же время использование

современных гибких инструментов и обезболивания позволяет провести важное обследование совершенно безвредно.

Как известно, у пациентов, имеющих увеличение предстательной железы, наряду с различными нарушениями мочеиспускания ослабляется струя мочи. Для оценки изменения силы струи, что очень важно для контроля результатов лечения, проводится измерение тока мочи. Если же это исследование не объясняет всех жалоб, приходится определять давление в мочевом пузыре. Чаще всего это происходит при нарушении иннервации мочевого пузыря у больных паркинсонизмом, мультисклерозом, с проблемами межпозвоночных дисков и при других заболеваниях.

Естественно, не все исследования проводятся каждому пациенту, чтобы установить правильный диагноз. Некоторые из них неприятны, а порой болезненны, но отказываться от обследования нельзя, ибо запущенное заболевание принесет ещё больше страданий.

Глава 3

Простатит

Среди трёх наиболее распространённых заболеваний, поражающих предстательную железу, – аденомы, рака и простатита, – последний является не только самой частой патологией у мужчин, но и наименее изученной, а посему трудно поддающейся лечению болезнью. И нет в этом ничего удивительного, ибо, хотя термин «простатит» подразумевает наличие воспалительного процесса, сегодня он носит собирательный характер. Сюда входят несколько различных заболеваний предстательной железы (бактериальных и небактериальных) и синдромов, отличающихся по клиническим проявлениям и методам лечения. Анатомо-физиологические особенности предстательной железы позволяют считать, что при простатите нередко в процесс вовлекаются и другие органы мочеполовой системы.

Простатит – одно из самых распространённых урологических заболеваний, нередко протекающее скрыто и приводящее к нарушениям половой функции и сперматогенеза (процесса образования в яичках мужских половых клеток). Согласно статистическим данным, простатитом болеют от 25 до 40% мужчин (по некоторым источникам – до 80%), причем, как правило, наиболее трудоспособного возраста (25–40 лет). В последние годы число хронических заболеваний предстательной железы постоянно увеличивается. Столь широкая распространённость и отрицательное влияние на ряд функций организма приводит к значительному ухудшению качества жизни мужчин молодого и наиболее трудоспособного возраста.

Поскольку острые проявления заболевания встречаются в практике довольно редко, то наше внимание, в основном, привлекает хронический простатит. Прошло уже более века с момента его первого описания, но до сих пор остаются спорными многие вопросы в диагностике и лечении этого заболевания. Большие трудности в своевременном выявлении хронического простатита и лечении пациентов связаны с тем, что до сих пор отсутствует единый принцип подхода к его диагностике. По-разному трактуются результаты обследования, отсутствуют общепринятые критерии объективной оценки результатов проведённой терапии.

Хронический простатит – воспалительное заболевание предстательной железы различной этиологии (в том числе неинфекционное), проявляющееся болью или чувством дискомфорта в области малого таза и нарушениями мочеиспускания в течение 3 месяцев и более.

Диагностика и лечение хронического простатита – нелёгкая задача для врача, они требуют от него значительных знаний и опыта, а от пациента – терпения и организованности. К сожалению, в урологической практике превалирует лёгкое отношение к проблемам простатита, идут штампованные курсы лечения без учёта индивидуальных особенностей с непременным назначением антибиотиков, а отсюда и бытующее неверие пациентов в успех лечения. Появление у пациентов тенденции представлять простатит в основном как следствие инфицирования простаты зачастую порождает неоправданные надежды излечивать его только при помощи антимикробных препаратов.

Сложности распознавания хронического простатита наряду с малой эффективностью лечения, длящегося иногда в течение нескольких лет, по праву создали этому заболеванию славу «горя уролога». За многие годы предложено немало различных классификаций простатита, авторы которых активно защищали свою точку зрения. Ещё в 1990 г. Stamey написал, что простатит является «мусорной корзиной для клинического невежества» из-за разнообразия используемых терминов, методов диагностики и лечения.

Но вот, наконец, представлена классификация (1995), которой придерживается всё больше специалистов. Автор редко подробно останавливается в своих книгах на классификациях заболеваний, ибо по большому счёту это больше интересует врачей, но данное заболева-

ние столь «оригинально», что следует подробно рассказать, как его следует представлять на современном этапе.

Поиски новых методов диагностики и лечения продолжаются. Создаются специализированные центры с высоким уровнем технического оснащения. Появились работы, ставящие под сомнение некоторые привычные, устоявшиеся методы лечения. Все они требуют вдумчивого критического анализа, однако эти попытки дают уверенность, что «загадки» простатита вскоре будут исследованы.

Чтобы легче было в дальнейшем представить проявления описываемой патологии, рассмотрим классификацию простатита в упрощённой форме (четыре группы):

Категория I. Острый простатит – острая инфекция предстательной железы.

Категория II. Хронический бактериальный простатит – рецидивирующая инфекция простаты, выявляемая в 5–10% случаев.

Категория III. Хронический абактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли (СХТБ), диагностируемый в 90% случаев.

Подкатегория III А. Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли с повышенным содержанием лейкоцитов в секрете простаты (более 60% от общего числа случаев).

Подкатегория III Б. Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли без признаков воспаления (около 30%).

Категория IV. Асимптоматический (бессимптомный) хронический простатит. Нет субъективных симптомов, но лейкоциты обнаруживаются в секрете простаты или в ткани предстательной железы при обследовании по поводу других расстройств. Частота этой формы неизвестна.

Изредка встречается также не упомянутый в этой классификации хронический гранулематозный простатит. Нередко этот процесс сочетается с уретритом, везикулитом, а в пожилом возрасте – с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Как мы видим, уже описание возможных вариантов развития болезни указывает на сложность её диагностики. Как тут не подумать о том, что гораздо легче, да и дешевле заболевание предупредить, нежели лечить, а тем более излечить до конца (напомним, что болевой симптом и неприятности с мочеиспусканием обычно проходят довольно быстро).

Причины и предрасполагающие факторы заболевания

Предшествующий материал уже позволяет читателю убедиться в широком спектре проявлений данного заболевания, о котором и сегодня продолжаются споры исследователей. Оставим их и попытаемся разобраться в причинах заболевания, что позволит каждому читателю «примерить» на себя эту информацию, вспомнить о давно прошедших годах, когда некоторые события в жизни могли стать первопричиной развившегося впоследствии простатита.

Читатели уже ознакомились со строением предстательной железы, но, прочтя вступление о данном заболевании, не удивятся, увидев дополнительный материал, относящийся к некоторым анатомо-физиологическим особенностям, создающим предпосылки для упорного и длительного протекающего хронического простатита.

Действительно, железистые долики и выводные протоки имеют неровное строение, при этом слизистая оболочка, покрывающая их просвет, образует множество бухточек и изгибов. Поскольку в стенке протоков отсутствует мышечная ткань, отток секрета простаты затруднен и возможен в основном при оргазме и эякуляции, когда одновременно сокращаются мышцы передней брюшной стенки, промежности, предстательной железы и задней части уретры. Чем ниже высота оргазма, тем больше предпосылок к неполному опорожнению выводных протоков, что ведёт к задержке и застою секрета и является условием для возникновения воспалительного процесса.

Отсутствие мышечных жомов в отверстиях выводных протоков долек позволяет при наличии уретрита патогенным микробам и другим возбудителям легко проникать через зияющие выходные отделы протока в предстательную железу. Поэтому при некоторых лечебных манипуляциях, например, при остром уретрите, следует быть осторожным.

Особенностью кровоснабжения простаты является сдавление мелких сосудов при увеличении объёма предстательной железы вследствие начавшегося воспаления. Это ухудшает питание тканей, чем можно объяснить неэффективность противовоспалительной терапии. Данное положение – предпосылка для применения физических методов лечения, таких как электростимуляция, ультразвук, электрофорез, лазер, массаж и т. д., расширяющих просвет сосудов.

Помимо скудного кровообращения предстательная железа имеет мощную иннервацию, с чем и связаны выраженные боли при её заболеваниях.

Наличие столь специфических особенностей и объясняют многообразие клинических проявлений, соответственно и возможности опосредованного лечебного воздействия.

Помимо врождённых, существует ряд предрасполагающих факторов, играющих существенную роль в развитии заболевания. Чаще всего простатиту подвержены мужчины, которые в силу различных обстоятельств регулярно подвергаются тряске, сидя на твердой поверхности. Простатит даже называли «профессиональной болезнью автомобилистов». К этой группе относятся и мотоциклисты, а также люди, занимающиеся конным спортом, работой, связанной с вибрацией. Работники умственного труда, любители часами «висеть» в Интернете, забывающие о необходимости делать перерывы и хотя бы простейшие физические упражнения, о которых пойдёт речь ниже, также относятся к группе риска. Доказана и роль стрессовых ситуаций в развитии этой патологии.

Отрицательную роль играет переохлаждение, особенно сидение на холодной земле или камнях, промоченные ноги во время дождя. Отмечено, что заболеваемость в городах, расположенных в местностях с низкими сезонными температурами со значительными их перепадами и высокой влажностью, особенно велика и достигает 70%. Часто заболевают жители тёплых регионов, переехавшие на временное или постоянное место жительства в регионы с более низкой средней температурой.

Развитие воспалительного процесса в предстательной железе во многом зависит и от комплекса предрасполагающих и местных факторов, в том числе нарушения обменных процессов и крово-обращения, наличия застойных явлений в органе. Последние особенно важны и нередко сочетаются с сосудистой патологией (геморрой, варикозное расширение вен семенного канатика, нижних конечностей). Способствуют застою в предстательной железе и хронические заболевания: полиартрит, подагра, остеохондроз, патология сердечно-сосудистой системы.

Застой секрета в предстательной железе и крови в венах этого органа связан, прежде всего, с ненормальным отпавлением половой жизни: прерванным половым актом, половыми излишествами, злоупотреблением онанизмом, отсутствием регулярности и неустойчивостью ритма половой жизни, длительным половым воздержанием, неполноценной эякуляцией из-за стрессов во время полового акта и т. д. Венозный застой может появиться, как это уже было отмечено, и при длительной малоподвижной работе в сидячем положении, при запорах, геморрое, переохлаждении, злоупотреблении алкоголем.

Свое отрицательное воздействие оказывают любые состояния, способствующие угнетению иммунной системы организма (перетренированность у спортсменов, регулярное недосыпание, ненормированный рабочий день, неполноценное и нерегулярное питание и т. д.). Особое внимание уделяется хроническому стрессу. Дело в том, что постоянное длительное существование организма в состоянии нервного напряжения, которое некоторые считают «высоким жизненным тонусом», заставляет максимально функционировать часть нашей нервной системы, ответственную за формирование этого самого «тонуса». Мишенями в этом случае становятся рецепторы, сконцентрированные в стенках кровеносных сосудов и протоков простаты и заставляющие их сокращаться. Результат очевиден: стойкий спазм сосудов и застой в ткани предстательной железы. В результате простата увеличивается настолько, что начинает сдавливать проходящую через нее уретру. Симптомы при этом достаточно характерны и обусловлены затруднённым оттоком мочи из мочевого пузыря, расстройством сексуальной функции и вторичным поражением почек.

Можно подумать и о психических факторах, которые, как известно, способствуют развитию многих заболеваний.

Итак, в развитии простатита играет роль целый ряд предрасполагающих факторов, так или иначе снижающих защитные силы организма в борьбе с инфекцией или приводящих к развитию специфического симптомокомплекса. Причиной же воспалительного процесса являются инфекционные агенты. Долгие годы определённая группа микробов считалась неопасной, и диагностика этих микроорганизмов в лабораториях не проводилась (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы). Существовало также мнение, что некоторые микробы давно побеждены (трихомонады, гонококки, гарднереллы). Однако слабость лабораторной службы не позволяет порой уточнить истинного виновника болезни, что затрудняет выбор противовоспалительного лечения и ставит под сомнение его исход.

Довольно часто возбудителями воспаления в предстательной железе являются кишечная палочка (86%), далее – клебсиеллы, протей, энтерококки, синегнойная палочка. В отношении стрептококков, стафилококков, хламидий, микоплазм, уреаплазм мнения исследователей об их значимости в развитии болезни расходятся. Крайне редко причинами простатита становятся специфические возбудители (бледная трепонема, палочка Коха и др.).

Возможно развитие воспалительного процесса, вызванного вирусами, грибами, глистами, а также аллергическими факторами и вегетативными расстройствами.

Какие же пути попадания возбудителей заболевания в предстательную железу? Самый распространённый и наиболее доступный – уретрогенный, то есть через мочеиспускательный канал. Подавляющее большинство истинных простатитов без уретритов существовать не

могут. Это восходящий путь инфекционного поражения. Микрофлора в мочеиспускательном канале здорового человека может быть различной, при этом она не вызывает патологических изменений. Нередко простатит развивается после уретрита – воспаления мочеиспускательного канала, однако для возникновения воспалительного процесса наличие возбудителя не всегда является достаточным условием. Имеет значение и состояние защитных механизмов организма, которые могут быть ослаблены алкоголем, переохлаждением и другими вредными воздействиями. В некоторых случаях инфицирование наступает при случайных половых связях (при этом у женщины может и не быть видимых воспалительных явлений половой сферы). Смена полового партнёра также нарушает равновесие микроорганизмов и может явиться причиной развития инфекционного процесса.

Такие венерические заболевания, как трихомониаз и гонорея, при недостаточно эффективном лечении становятся вялотекущими и вызывают хронический простатит. Трихомонадный простатит плохо поддаётся лечению, часто рецидивирует, поскольку источниками болезни являются оба супруга (партнёра). Более того, клинические симптомы простатита могут проявиться через многие годы после «излечения» от уретральной инфекции.

Иногда моча при определённых предрасполагающих факторах может попадать внутрь предстательной железы через протоки простаты (интрапростатический рефлюкс мочи), вызывая воспалительный процесс.

Естественно, что бактерии могут попасть в простату нисходящим путем – при воспалительном процессе в мочевом пузыре и почках, а также мигрировать в предстательную железу по семенным протокам из яичек и их придатков. Одним из частых путей распространения инфекции является гематогенный – посредством крови из ближайших и отдалённых органов: кариозных зубов, воспалённых миндалин, ушей и носа, лёгких, желудочно-кишечного тракта, почек. Виновником поражения железы могут быть острые инфекционные заболевания (ангина, грипп, фурункулёз, рожа, тиф). Возможно проникновение инфекции лимфогенным путём по лимфатическим путям, например, из анального канала (при воспалительных процессах прямой кишки). В связи с этим эффективное лечение простатита требует одновременного выявления очагов инфекции и лечения сопутствующих заболеваний.

Будучи хорошо информированными о половом пути заражения, мужчины помнят о классических венерических заболеваниях, упуская из вида вышеперечисленные возможные возбудители инфекции, которые, оставаясь неизлеченными, могут привести к хроническому простатиту. При этом нередко на их фоне развивается и бактериальная инфекция. Это делает путь избавления от заболевания долгим и сложным.

Мы не станем сегодня останавливаться на теориях, объясняющих возникновение и развитие заболевания, так как среди учёных нет пока единодушного мнения. Отметим лишь, что чаще всего речь идёт об инфекционной, иммунной, нейрогенной теориях, а также теории химического воспаления.

Острый простатит

Заболевание чаще всего возникает у молодых людей до 40 лет. Эта форма составляет примерно 10% от всех простатитов. В чистой форме при наличии связи с гонорейным уретритом он встречается редко. Провокационным фактором обычно служит переохлаждение (пробывание под холодным душем после интенсивной физической нагрузки, сидение на холодных камнях и скамейках, мотоциклах и велосипедах). Способствовать заболеванию могут употребление холодных напитков, травмы промежности (футбол), попытки введения в мочеиспускательный канал инородных тел, повышенная чувствительность к медикаментам и различным манипуляциям во время секса, а также анальный секс без презерватива. Заболевание может начаться с уретрита при ослаблении защитных сил организма. Нередко при обследовании находят микоплазмы, хламидии.

Клиническая картина острого простатита характеризуется типичными общими проявлениями: высокая температура тела, общая слабость, озноб, резкая потливость. Состояние больного всегда тяжёлое. Первыми местными признаками заболевания являются неприятное чувство напряжения и давления в области мочеиспускательного канала и прямой кишки. Боли в области заднего прохода могут быть столь выражены, что невозможно сидеть. Стул резко болезненный. Мочеиспускание обычно учащённое и болезненное. Струя мочи становится ослабленной и тонкой. В дальнейшем возможно мочеиспускание по каплям, редко – задержка мочи. Как симптом патологии семенных пузырьков может появиться кровь из уретры в конце акта мочеиспускания. При сопутствующем уретрите по утрам бывают беловато-жёлтые выделения, оставляющие типичные пятна на белье.

В очень редких случаях, когда пациент с острым простатитом не желает обращаться за профессиональной помощью к урологу или ему не помогает назначенное лечение и остаётся высокая температура, можно предположить, что начал развиваться абсцесс предстательной железы – очаговое гнойное воспаление. В этом случае температура тела повышается до 39–40 °С, при этом её перепады превышают 1 °С, сильный жар периодически сменяет резкий озноб, боли в промежности выражены настолько, что мочеиспускание крайне затруднено, а дефекация подчас вообще невозможна. Через некоторое время развивается отёк предстательной железы и, как его следствие, – острая задержка мочеиспускания.

Для его лечения лучше всего гнойник дренировать, иначе он может прорваться в прямую кишку или мочеиспускательный канал. Кроме того, микробы с током крови попадают в другие органы и могут вызвать угрожающее жизни состояние. Наиболее частыми из осложнений могут быть воспаление суставов (артриты) и внутренней сердечной оболочки (эндокардит).

Важно быстро уточнить диагноз (желательно без травматизации предстательной железы) и назначить своевременное и эффективное лечение. Обычно используют сильнодействующие антибиотики, вводят внутривенно жидкости. Вместе с антибактериальными препаратами применяют и другие методы лечения: сидячие ванночки с ромашкой, шалфеем, зверобоем, тысячелистником, ихтиоловым раствором. Целесообразно введение спазмолитических, болеутоляющих и послабляющих свеч. Для смягчения стула рекомендуются препараты семян льна посевного, ягоды жостера слабительного и черники обыкновенной. При правильном лечении и выполнении больным всех рекомендаций (!) последствий обычно не остаётся.

Хронический простатит

В клиническую картину простатита укладываются различные патологические процессы, при этом лишь у менее половины пациентов удаётся выявить возбудителя болезни. Во многих случаях в основе жалоб лежат функциональные нарушения нервной системы, различные изменения в прямой кишке и мочеиспускательном канале. Несмотря на широкую распространённость простатита, довольно часто уточнить причину и происхождение заболевания сложно. Да и технические возможности у врачей разные.

Между тем хронический простатит может тянуться так долго, что иногда доводит людей до полного отчаяния. Нарушение мочеиспускания и боли в различных органах, утрата полового влечения и развитие эректильной дисфункции могут сделать жизнь мужчины просто невыносимой. Заметим, что проявления болезни носят волнообразный характер, периодически усиливаясь и ослабевая.

Отсутствие простых, надёжных и доступных методов диагностики, множество (порой совершенно противоположных) лечебных рекомендаций не способствуют во многих случаях достижению хороших результатов.

Не вдаваясь в научные споры, поговорим о течении заболевания. Симптомы хронического простатита можно условно разделить на три группы: общие, местные и сексуальные нарушения.

Общие симптомы заболевания дают мало информации о нём: повышенная раздражительность, вспыльчивость, вялость, быстрая утомляемость, потеря аппетита, тревожность, нарушение сна, снижение работоспособности и творческой активности.

Иногда боли в пояснице и крестце наталкивают на ошибочную мысль о радикулите. При воспалительных заболеваниях сердца и суставов следует всегда исключить процесс в предстательной железе, которая нередко является очагом инфекции, впрочем, как миндалины и кариозные зубы. Функции предстательной железы, так же как желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, регулируются вегетативной нервной системой, связанной с мозгом. Этим можно объяснить возникновение при хроническом простатите функциональных нарушений различных систем в организме. Присоединяющиеся психические нарушения приводят к депрессивному состоянию, снижению производительности труда, необдуманным решениям и действиям.

В той или иной степени психические изменения отмечают большинство пациентов. На передний план выступают неопределённое внутреннее беспокойство, ухудшение сна, усталость, изменение настроения, забывчивость и ослабление концентрационной способности. Подобные жалобы встречаются по меньшей мере у 70% пациентов. Кроме того, часть из них жалуется на необъяснимую периодическую тягу ко сну, снижение силы, склонность к задумчивости и тягу к спиртному. Реже возникают мысли о непреодолимости болезни, её тяжких осложнениях. Если лечение не даёт быстрого эффекта, такие пациенты начинают метаться между врачами в поисках лучшего метода избавления от недуга. Обычно такому пациенту нужна помощь психолога или психотерапевта (нередко сексолога). Большинство пациентов вполне контролируют свои реакции, а правильный подход к своему заболеванию уже приносит определённое улучшение. Положительный исход лечения во многом зависит как от участия в этом процессе самого пациента, так и поддержки партнёрши. Приходится немало потрудиться, чтобы добиться укрепления душевного и физического здоровья. Найти разумный подход также непросто: как упреки, так и чрезмерная опека могут привести к ухудшению психического состояния. Надо искать! Помочь могут и аутогенная тренировка, и йога, и ежедневные физические упражнения.

Из местных симптомов больные чаще всего отмечают расстройства мочеиспускания и болевой синдром. Обычно беспокоят учащённые позывы, боли в начале или конце акта мочеиспускания. Они чаще всего постоянные, ноющего характера с отдачей в подлобковую область, промежность, крестец, мошонку, головку полового члена, прямую кишку, паховую область. У некоторых пациентов боли увеличиваются как после полового акта, так и при длительном воздержании. Интенсивность боли часто не зависит от степени выраженности патологического процесса, в ряде случаев её относят на счёт других заболеваний (цистита, радикулита, остеохондроза). Нередко отмечаются зуд, повышенная потливость, чувство холода в области промежности. Могут появиться и изменения цвета кожи в области таза, связанные с нарушением кровообращения. Из других симптомов следует отметить выделения из мочеиспускательного канала, особенно после дефекации или физической нагрузки. Это объясняется ослаблением тонуса предстательной железы.

Особенно болезненно переносятся нарушения половой функции. Сексуальные расстройства достаточно часто наблюдаются при всех формах этого заболевания – как инфекционного, так и застойного происхождения.

Острый простатит, как правило, не ухудшает половую функцию. При хроническом простатите длительные воспалительные, застойные и рубцовые изменения в предстательной железе воздействуют на имеющиеся в этом органе нервные окончания, играющие важную роль в половой функции, так как передают нервные импульсы в центры, расположенные в головном и спинном мозге. Это центры полового возбуждения (эрекции) и семяизвержения (эякуляции). В результате появившихся в предстательной железе изменений у мужчин нарушается половая функция. Сначала обычно развивается преждевременное семяизвержение при нормальной эрекции и снижается чувство сладострастия (оргазма) во время эякуляции.

При длительном течении хронического простатита понижается выработка мужских половых гормонов и ослабевает половое влечение (либидо). Согласно данным отечественных исследователей, дефицит тестостерона выявляется у 58,9% пациентов с хроническим простатитом. Это, в свою очередь, снижает эффективность лечения, в том числе антибактериальной терапии.

Даже самые незначительные нарушения (снижение приятного ощущения во время полового акта или несколько ускоренное семяизвержение) вызывают у некоторых мужчин ложный страх перед половой близостью, неуверенность в своих возможностях, а отсюда и функциональные расстройства нервной системы. Это приводит к сексуальному неврозу и в свою очередь ухудшает половую функцию.

Расстройства семяизвержения у больных хроническим простатитом протекают по типу преждевременной эякуляции. Если нормальное семяизвержение у мужчин наступает не ранее, чем через 1,5–2 минуты после начала полового акта, то у пациентов с хроническим простатитом это происходит значительно раньше, иногда сразу после введения полового члена во влагалище, у некоторых – даже непосредственно перед введением, при соприкосновении полового члена с малыми половыми губами. Семяизвержение может произойти и в период предварительных любовных ласк.

Следует знать, что раннее семяизвержение случается вследствие повышенной половой возбудимости у юношей и молодых мужчин после продолжительного перерыва в половой жизни. Однако, в отличие от болезненной преждевременной эякуляции у страдающих хроническим простатитом, у здорового мужчины после налаживания нормального ритма половых сношений проходит повышенная половая возбудимость и эякуляция нормализуется.

Разновидностью половых расстройств у пациентов с хроническим простатитом является нарушение эрекции полового члена (эректильная дисфункция). Обычно это расстройство, как наиболее распространённое проявление изменений сексуальной сферы, особенно болезненно переносится мужчинами. У таких пациентов при ослабленной эрекции, а иногда и без неё, во время попытки совершить половой акт может наступить семяизвержение, нередко не прино-

сящее удовлетворения. При длительном хроническом простатите со снижением уровня мужских половых гормонов в крови может уменьшиться и половое влечение.

Добиться полного выздоровления при хроническом простатите непросто. Это зависит от многих факторов: давности заболевания, степени анатомических и функциональных изменений предстательной железы, своевременности и правильности лечения, тщательности выполнения больным лечебно-профилактических рекомендаций. Исчезновение болезненных симптомов и нормализация показателей лабораторных исследований не являются свидетельством полного выздоровления. Болезнь склонна к рецидивам, то есть к возобновлению, что связано с теми же факторами, которые приводят к развитию заболевания.

Самым тяжёлым исходом простатита является рубцевание ткани предстательной железы со значительным сморщиванием органа. Иногда в процесс вовлекается задняя часть мочеиспускательного канала и мочевого пузыря. Это приводит к стойким нарушениям акта мочеиспускания, что способствует ухудшению состояния почек и мочеточников, прогрессированию в них воспалительного процесса и возникновению мочекаменной болезни.

В пожилом возрасте нередко сочетание хронического простатита с доброкачественной гиперплазией (аденомой) предстательной железы, развивающейся за счёт разрастания парауретральных желёз. Обычно это заболевание наблюдается у мужчин старше 50 лет и характеризуется учащённым, затруднённым мочеиспусканием, особенно ночью. Это обусловлено сужением просвета мочеиспускательного канала. Нарушая отток из предстательной железы, аденома способствует прогрессированию хронического простатита. Нередко принимается решение о назначении курса терапии простатита до оперативного лечения предстательной железы.

Влияние хронического простатита на качество жизни, согласно унифицированный шкале оценки качества жизни, сопоставимо с влиянием инфаркта миокарда, стенокардии и болезни Крона (тяжёлого хронического заболевания желудочно-кишечного тракта).

Наибольшую клиническую значимость представляет хронический простатит/синдром хронической тазовой боли (воспалительного и невоспалительного происхождения), который составляет 80–90% отдельных форм простатита. Мы не будем подробно останавливаться на тонкостях диагностики заболевания и лечения согласно приведённой классификации, оставив это специалистам. Наша задача – лучше понять процессы, происходящие в организме пациентов, что позволит им использовать все имеющиеся возможности классической и альтернативной медицины для борьбы с этой непростой патологией.

Диагностика хронического простатита

Своеобразие клинической картины хронического простатита нередко вынуждает пройти большой путь к правильному диагнозу. Многое зависит от технической оснащённости лечебного заведения. В ряде случаев диагноз ставится без должного обследования или, по крайней мере, без уточнения возбудителя или возможных причин заболевания. Нередко хронический простатит так и остаётся невыявленным.

Обследование пациента начинается с первой встречи с врачом, когда выясняются многие аспекты, предшествующие заболеванию. Пациент должен быть готовым подробно рассказать врачу свои жалобы, чтобы можно было составить картину патологии.

Самым простым методом диагностики является пальцевой ректальный осмотр (через анальное отверстие). Уже на этом этапе выявляют отёчность и болезненность предстательной железы; увеличение и сглаженность срединной бороздки органа. В ряде случаев боли бывают настолько выражены, что пациент прерывает обследование. Опыт автора убеждает в том, что имеет значение предварительная беседа с пациентом, поскольку само исследование иногда вызывает психологическое отторжение.

Далее осуществляется лабораторное и микробиологическое исследование средней порции мочи и секрета предстательной железы. Их цель – уточнить наличие воспалительного процесса в мочеполовых органах, выявить возбудителя инфекции. Для большей достоверности результатов лабораторных исследований их следует проводить до назначения или через 2 недели после окончания приёма антибактериальных средств.

Микроскопическое исследование секрета простаты позволяет выявить ряд элементов, характерных для воспалительного процесса, а биологическое – определить характер заболевания (бактериальный или абактериальный простатит).

Если поиски бактерий обычно не представляют сложности, то определить в изучаемых средах хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, гонококки, трихомонады, гарднереллы часто трудно, а порой технически невозможно. Поэтому диагноз «хронический простатит» иногда ставится приблизительно, а при отсутствии инфекционной флоры говорят об асептических формах простатита.

Достаточно убедительным информационным методом является ультразвуковое исследование, при этом наиболее точные сведения об органе можно получить, используя ректальный датчик. Трансректальное УЗИ предстательной железы позволяет обычно провести дифференциальную диагностику, определить форму и стадию заболевания с последующим контролем в течение всего курса лечения. Исследование позволяет осуществить оценку размера и объёма предстательной железы, определить её структуру (кисты, конкременты, фиброзно-склеротические изменения в органе, абсцессы простаты). У немолодых пациентов можно выявить участки простаты, подозрительные на злокачественную опухоль.

Обследование отдельных пациентов требует расширенного объёма обследования, вызванного исключением заболеваний, дающих сходную клиническую картину (цитология мочи, цистоскопия для исключения рака мочевого пузыря, ПСА для исключения рака простаты и т. д.).

Забор крови для определения концентрации простатического специфического антигена (ПСА) в сыворотке необходимо проводить не ранее, чем через 10 дней после пальцевого ректального исследования. Простатит может вызвать повышение концентрации ПСА. Если концентрация ПСА выше 4 нг/мл, решается вопрос о применении дополнительных диагностических методов, в том числе биопсии простаты с целью исключения злокачественной опухоли.

Эндоскопические методы (уретроскопия, цистоскопия) проводятся по строгим показаниям с целью дифференциальной диагностики.

В ряде случаев приходится использовать современные методы исследования: компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов малого таза. Обычно они назначаются с целью дифференциальной диагностики с раком предстательной железы.

Важным методом диагностики хронического простатита является иммуногистохимическое исследование секрета простаты, которое позволяет получить ряд точных, принципиально значимых данных для каждого конкретного пациента. Благодаря этому стало возможным прогнозировать течение заболевания, а также значительно повысить эффективность его лечения, избавить большинство мужчин от необходимости проведения регулярного обследования и лечения.

Переломным этапом в развитии диагностики инфекционных заболеваний, в том числе урологической патологии, стало появление молекулярно-биологических методов, основанных на амплификации нуклеиновых кислот (МАНК). Это уникальное исследование позволяет добиться обнаружения даже минимальных количеств микроорганизмов в исследуемом материале, и, как следствие, выявить максимальное число инфицированных лиц, включая тех, у которых инфекция протекает с низкой плотностью обсемененности возбудителем.

Надо полагать, читателям уже становится понятно, почему хронический простатит столь сложен в диагностическом и лечебном плане. Добавим еще немного информации, чтобы уточнить, как протекают различные по этиологическому фактору хронические простатиты. Многолетний опыт показывает, что добиться эффективности в лечении простатита можно только при серьёзной совместной работе врача и пациента.

Бактериальные простатиты

Эта форма хронического простатита встречается в 5–10% всех случаев заболевания. Этот процесс вызывается и поддерживается различными штаммами бактерий, многие из которых обычно паразитируют в окружающих предстательную железу тканях и проникают в мочевые пути (кишечная палочка, энтерококки, протей и т. д.). Особенно плотно они заселяют толстый кишечник. Находят они приют и в простатических желёзках. При ослаблении защитных сил организма (иммунитета), нередко без видимых причин, бактерии проникают в предстательную железу, живут и размножаются, что неожиданно для пациента приводит к развитию вышеописанных симптомов хронического простатита. Такие же изменения происходят в мочеполовых путях женщин. Поэтому можно говорить о семейной (или партнёрской) инфекции. Естественно, восприимчивость к заражению и заболеванию у всех различная.

К специфическим возбудителям заболевания относятся бильгарциоз (шистоматоз) и туберкулез. Первый для них – явление экзотическое, а вот о туберкулёзе в последнее время говорят всё чаще и чаще.

Туберкулёз простаты – обычно вторичное явление лёгочного процесса, вызванного микобактериями туберкулеза. Из лёгких туберкулезная палочка попадает с током крови в другие органы, в том числе в почки, вследствие чего возможно поражение тканей почек. С мочой возбудитель инфекции может забрасываться в другие мочеполовые органы, в том числе и в предстательную железу. Процесс в ней развивается медленно, серьёзные жалобы появляются редко. Обычно диагноз устанавливается при тщательном обследовании, когда уже выявлено туберкулёзное поражение почек. При пальцевом (ректальном) обследовании можно обнаружить плотную, горбатую простату с узлами. К тому же, если в процесс вовлечены семенные пузырьки, в норме редко прощупываемые, то они оказываются утолщены и уплотнены. При подозрении на туберкулёз простаты следует провести обязательно обследование мочи для выявления специфических микобактерий. Это же относится и к эякуляту. Обычно проводится ультразвуковое и рентгенологическое обследование органов мочевой системы. Так как туберкулёз предстательной железы является частью уrogenитального процесса, то лечение назначается общее. В последние годы, к сожалению, появились штаммы микобактерий, устойчивые к «старым», привычным противотуберкулёзным препаратам. Поэтому при первых же признаках этого заболевания необходимо начинать немедленное лечение.

Инфекции, передающиеся половым путём

Инфекционные заболевания, передающиеся половым путём, были известны человечеству уже много веков назад. Их называли венерическими. Два из них – сифилис и гонорея – получили особенно широкую известность. Значительно менее известны другие заболевания, относящиеся к этой группе, такие как мягкий шанкр, венерическая лимфогранулёма и паховый лимфогрануломатоз. Эти болезни считаются тропическими и в Европе встречаются редко.

Широко применявшийся ранее термин «венерические заболевания» в последние годы был заменен термином «инфекции (заболевания), передающиеся половым путём». Эта группа охватывает значительно больше болезней, чем первая. К ней относятся также хламидии, уреаплазмы, микоплазмы человеческие и генитальные, вирус простого герпеса, цитомегаловирус, трихомонады, грибы рода кандида, гарднерелла, вирус папилломы человека. Относят сюда и СПИД (синдром приобретённого иммунодефицита). Ряд других заболеваний (грибковые инфекции, бактериальный вагинит, чесотка, лобковые вши, гепатит В) в одних случаях передаются половым путём, в других – нет.

Следует отметить способность различных вирусов и микроорганизмов паразитировать не только в мочевых путях и половых органах мужчин и женщин, но и в других внутренних органах. Очень часто выявление их требует сложных методов исследований, не всегда доступных каждому пациенту. Поэтому лечение нередко проводится без точного учёта возбудителя, но оно должно быть последовательным и упорным.

Проблема этих инфекций регулярно обсуждается как в средствах массовой информации, так и среди специалистов. Несмотря на то, что определённой информацией об этих болезнях обладает каждый, для некоторых мужчин, «заработавших» такой диагноз, он звучит страшным приговором, чему способствует и недостоверная реклама некоторых препаратов. Самое неприятное, что это порой приводит к конфликтным ситуациям, в том числе и внутрисемейным.

Опыт показывает, что не стоит переоценивать важность инфекций этой группы, ибо имеется достаточно практических наработок для помощи пациентам. Кроме того, более близкое знакомство с ними позволяет если не избежать этих болезней, то хотя бы предупредить развитие осложнений, начав своевременное и квалифицированное лечение.

Нередко микроорганизмы, относящиеся к этой группе, называют «скрытыми» инфекциями, поскольку вызываемые ими заболевания довольно часто протекают с очень скудной симптоматикой, а порой и бессимптомно. Нередко они проявляют себя уже тогда, когда разовьются осложнения.

Проведённые исследования выявили возможность их наличия даже у здоровых людей (микоплазма человеческая – у мужчин, уреаплазма и гарднерелла – у женщин), в том числе не живущих половой жизнью.

Заражение большинством известных микроорганизмов этой группы могло произойти ещё при рождении, так как они способны передаваться от инфицированной беременной матери к плоду, особенно во время родов, когда новорождённый проходит через родовые пути матери. Долгие годы инфекция может никак себя не проявлять до момента её активизации в результате ослабления иммунной системы. Что касается гонококка, то, как известно, профилактика этой инфекции у новорождённых проводится в обязательном порядке. У некоторых детей, инфицированных во время родов, происходит самоизлечение. Исследования показали, что если, например, уреаплазмы выявляют на половых органах каждой третьей новорождённой девочки, то впоследствии – лишь у 5–22% школьниц, не живущих половой жизнью. Возможна передача некоторых микроорганизмов воздушно-капельным (вирус простого герпеса, отдельные виды хламидий и микоплазм) или контактным (вирус папилломы человека) путём. Бытовой путь передачи возможен, но крайне редок, поскольку инфекция быстро погибает во внешней среде.

Широк спектр микроорганизмов этой группы. Они различаются и по клиническим проявлениям. Так, хламидии, уреаплазмы, микоплазмы, гонококки, трихомонады и вирус простого герпеса способны не только вызывать воспаление органов мочеполовой и репродуктивной систем у мужчин и женщин, но и приводить к бесплодию, нарушать течение беременности и внутриутробное развитие плода. Грибы рода кандиды являются наиболее частой причиной воспаления слизистой влагалища у женщин, нередко передаются половым партнёрам и вызывают воспаление мочеиспускательного канала и предстательной железы у мужчин. Характерным проявлением заболевания является развитие у мужчин кандидозного баланопостита – воспаления крайней плоти и головки полового члена, проявляющегося красноватыми пятнами, зудом и белым налётом.

Значение цитомегаловирусной инфекции в основном определяется влиянием на течение беременности и внутриутробную патологию плода. Вирус папилломы человека не вызывает воспаления, однако является одной из причин образования злокачественных образований половых и других органов (гортань, прямая кишка), чаще у женщин, чем у мужчин.

Большинство из нас знает, что с момента инфицирования до развития заболевания проходит не менее 3 суток, а в среднем от 7 до 14 дней. Этот срок называется инкубационным периодом. Как правило, в первые 3–5 дней после заражения выявить «скрытые» инфекции даже самыми чувствительными диагностическими методами невозможно.

Отметим, что диагностика ряда инфекций представляет значительные трудности, и хотя для каждого вида инфекций существует оптимальная комбинация методов исследования, гарантирующих высокую точность, далеко не во всех лечебных учреждениях имеется такая возможность. Автор считает необходимым предупредить читателей о важности обязательного медицинского обследования при появлении первых симптомов или возникновении сомнения после случайной половой связи. И уж ни в коем случае речь не может идти о самолечении, что чревато развитием хронических процессов и связанных с ними неприятностей. В связи с этим мы не станем обсуждать медикаментозные методы лечения, а вспомним, как проявляются некоторые инфекции.

Гонорея. Одной из наиболее частых бактериальных форм простатита является гонорейная. Симптоматика гонореи столь выражена, что обычно в острых случаях диагноз не вызывает сомнений, в отличие от большинства других бактериальных инфекций, чьи симптомы схожи. И хотя сейчас лечение острой гонореи не представляет сложности, гонококковый простатит встречается довольно часто. Возможен целый ряд осложнений: сужение уретры, воспаление семенных путей, сексуальные нарушения, бесплодие. Гонорея продолжает быть распространённым заболеванием у молодёжи, и недооценивать его нельзя. Существенное значение имеет и частая смена партнёров, и пренебрежение гигиеническими предосторожностями.

Возбудитель заболевания – гонококк обитает на слизистой оболочке половых органов. Исключение составляет роговица глаз новорождённых, которая может в результате инфицирования при родах привести ребёнка к слепоте. В связи с этим сразу после родов ребёнку закапывают в глаза раствор нитрата серебра. У мужчин после заражения уже на второй день (инкубационный период может длиться до 9 дней) появляются жёлто-зелёные слизистые выделения из мочеиспускательного канала, при микроскопическом исследовании которых обнаруживают большое количество лейкоцитов (признак воспаления) и гонококки. Защитные свойства организма не всегда позволяют уничтожить «завоевателя», изгнав его с выделениями из организма. Поэтому при недостаточном лечении или его отсутствии возбудитель из передней уретры продвигается в следующие отделы мочеиспускательного канала и в простату. Кроме того, гонококки подавляют обычную флору, и после успешного избавления от гонореи развивается дополнительно воспалительный процесс, вызванный другими микроорганизмами, в том числе хламидиями и микоплазмами.

Симптомы гонореи определяются воспалительным набуханием слизистой оболочки чувствительной уретры: жжение, зуд, боли и значительные гнойные выделения. Мочеиспускание порой столь болезненно, что его ожидание бывает нетерпимо. Прилив крови к половому члену нарушает общее самочувствие, порой лишая сна. Возможны и более серьёзные осложнения (воспаление придатка яичка, абсцесс простаты), а также воспаление головки полового члена и крайней плоти. И, как уже отмечалось ранее, гонококковое поражение суставов и глаз.

Через несколько дней острые явления гонореи проходят, но незначительные боли и выделения, особенно по утрам, остаются. Эта форма заболевания неприятна именно своей способностью оставаться заразной, при этом хронический воспалительный процесс может привести к снижению способности к оплодотворению. Это осложнение возможно при самостоятельном некачественном лечении. При этом опасная флора не погибает, а лишь подавляется, оставаясь источником заражения и хронического воспалительного процесса. В связи с этим недооценка заболевания ведёт к его дальнейшему распространению.

Антибактериальное лечение гонореи в течение многих лет привело к изменчивости, приспособляемости ряда штаммов возбудителя, что изменило и течение заболевания. Довольно часто не бывает бурного начала после заражения, а порой симптомы маловыразительны. Нередки случаи, когда у нескольких мужчин была одна партнёрша – источник заражения, а заболели только некоторые из них. Единственный неизменный симптом – выделения. Женщины часто считают их безобидной неприятностью и удивляются, когда партнёр (после посещения врача-специалиста) предлагает им пойти на обследование. Кроме того, своевременно не вылеченная болезнь часто дает повод к тяжбам, обидам, разводам и прочим осложнениям во взаимоотношениях людей.

Сифилис. Врачи научились эффективно лечить данное заболевание. Этим они обязаны пенициллину, остающемуся и сегодня главным и эффективным методом воздействия на возбудителя заболевания – бледную трепонему.

Заражение сифилисом чаще всего происходит во время половых контактов, когда болезнетворные бактерии попадают из организма больного человека в организм здорового. Обычно в течение первых трёх недель после заражения симптомы болезни отсутствуют, хотя в некоторых случаях инкубационный период может быть от 10 до 60 дней. По истечении этого срока на половых органах в месте первичного внедрения возбудителя появляется небольшая язвочка, имеющая чёткие контуры. Эта язвочка – она называется твёрдым шанкром – напоминает небольшой кратер с неровными твёрдыми краями. Поверхность язвочки имеет характерный розовый цвет, могут быть незначительные водянистые выделения. Таких язвочек может быть одна или несколько. Через несколько дней после появления твёрдого шанкра отмечается увеличение паховых лимфоузлов. Первичная стадия сифилиса продолжается от одной до пяти недель.

Если не обратить внимания на эти язвочки, то наступает самостоятельное заживление, и в течение двух-десяти недель могут отсутствовать какие-либо проявления заболевания. Когда затем на коже появляется мелкая сыпь, пациент может и не вспомнить предыдущие страдания. Между тем, появление такой сыпи свидетельствует о начале второй стадии заболевания. Если не начать лечение, сыпь может в течение последующих двух лет периодически появляться и исчезать.

После этого болезнь переходит в скрытую (латентную) стадию. Надо помнить, что в течение первых двух лет человек продолжает оставаться источником заражения для окружающих. Прогноз последующего развития заболевания сделать трудно. Если у одних болезнь может всю жизнь протекать бессимптомно, то у других наступает поражение многих внутренних органов, в том числе сердечно-сосудистой системы, спинного и головного мозга и т. д. Изменения в этих органах часто бывают несовместимы с жизнью.

Описание столь грозного заболевания должно убедить каждого при первом же обнаружении необычных кожных проявлений в области полового члена обратиться к врачу дерматологу-венерологу. Возможно, что это окажется всего лишь банальным вирусным заражением. А вообще-то, зачем искушать судьбу, когда проще принять меры предосторожности, используя современные, порой суперусовершенствованные презервативы?

Трихомонады. Значительную часть небактериальных простатитов составляют воспалительные процессы, вызванные трихомонадами. В отличие от вирусов и бактерий, они относятся к низшим формам животного мира – простейшим одноклеточным микроорганизмам, имеющим тенденцию располагаться колониями. Характерно, что они нечувствительны к обычным антибактериальным препаратам. Выявление трихомониаза важно, так как для его лечения используют специфические лекарственные средства. Обнаружение возбудителя в моче возможно лишь при массивном поражении уретры и мочевого пузыря. Целесообразнее провести микроскопическое исследование секрета предстательной железы, который получают после пальцевого массажа органа. Нередко это неприятная и болезненная процедура, но для диагностики она необходима. Дополняет процесс исследования микроскопия выделений из влагалища партнёрши. Во многих случаях выявление паразитирующих трихомонад удивляет пациентов, так как у них практически нет выраженных симптомов заболевания. Незначительные выделения или зуд у женщин, а у мужчин – крошечные пузырьки и покраснения на головке полового члена всё же должны убедить их обратиться к врачу.

Следует позаботиться и о мерах предосторожности от заражения трихомониазом. Считается, что наиболее привлекательной средой обитания трихомонад является влажная среда, в том числе общественные туалеты (дверные ручки, общие полотенца, крышки унитаза), общественные ванны (на производстве), бассейны. Тщательная своевременная обработка этих поверхностей – скорее мечта, чем реальность, поэтому следует побеспокоиться о мерах предосторожности (одноразовые полотенца, современные средства дезинфекции). И всё же основной путь заражения – половой контакт. В ряде случаев, когда появление трихомониаза вызывает удивление, это приводит к серьёзным семейным размолвкам.

Лечение трихомониаза теоретически просто. Согласно статистическим данным подавляющее большинство больных излечивается после первого курса лечения специальным препаратом – метранидазолом (существуют препараты нового поколения типа секнидазола). Однако на практике дело обстоит сложнее.

Трихомонады нередко паразитируют в инфицированных бактериями тканях простаты, в которых обменные процессы протекают несколько иначе, чем в здоровом органе. В силу этого инфекция порой угнетается, но не излечивается, что способствует рецидиву заболевания при наличии предрасполагающих факторов и снижении защитных сил организма.

Кроме того, уже имеются штаммы микроорганизмов, не чувствительные к известным препаратам, применяемым десятилетиями. Возможен и свежий источник заражения (смена партнёрши по типу «пинг-понга»). Известно, что микроорганизмы могут паразитировать в толстом кишечнике. При несоблюдении гигиенических правил после стула можно перенести их из заднего прохода в область гениталий. Поэтому правильное всего лечить трихомониаз не как локальное поражение, а как заболевание многих органов. Следует избегать ношения очень узких брюк, которые также способствуют переносу трихомонад в область мочеполювых органов.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.