

Коллектив авторов

Простатит



Коллектив авторов

Простатит

«Научная книга»

Коллектив авторов

Простатит / Коллектив авторов — «Научная книга»,

Данная книга посвящена профилактике, диагностике и методам лечения простатита. В отдельных главах описаны классификация и диагностика рака предстательной железы, характеризуются различные подходы к лечению этого серьезного заболевания. Книга представляет интерес для практикующих врачей, а также для всех, кто следит за своим здоровьем.

© Коллектив авторов

© Научная книга

Содержание

ГЛАВА 1. КАК УСТРОЕНА ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА?	5
ГЛАВА 2. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОСТАТИТОВ	8
ГЛАВА 3. МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПРОСТАТИТОВ	10
ГЛАВА 4. КАКИЕ БЫВАЮТ ПРОСТАТИТЫ?	12
ГЛАВА 5. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРОСТАТИТОВ	13
ГЛАВА 6. ДИАГНОСТИКА ПРОСТАТИТОВ	16
ГЛАВА 7. ЛЕЧЕНИЕ ПРОСТАТИТОВ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ	18
АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ	18
ПРОСТАТИТАХ	
ЛЕЧЕНИЕ ПРОСТАТИТОВ, ВЫЗВАННЫХ ВИРУСАМИ	20
Конец ознакомительного фрагмента.	21

**Елисеев Ю. Ю., Гольбрайх
Е. Б., Суворов А. П.,
Гольбрайх Г. Е., Шаров Д. В.
ПРОСТАТИТ**

*Под редакцией д. м. н., профессора и члена-корреспондента
Российской Академии естествознания Ю. Ю. Елисеева.*

**ГЛАВА 1. КАК УСТРОЕНА
ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА?**

С анатомической точки зрения предстательная железа (*prostata*) является мужской половой железой. Основной функцией простаты является выработка секрета, входящего в состав спермы. Предстательная железа расположена в передненижней части малого таза под мочевым пузырем, на мочеполовой диафрагме.

Предстательная железа – орган, образованный железистой и гладкомышечной тканью. Простата окружена фиброзной капсулой, от которой отходят соединительно-тканые перегородки. Ряд исследователей считают, что она имеет форму усеченного конуса, другие – бабочки с раскинутыми крыльями, третьи – форму каштана или сердца.

У взрослого мужчины предстательная железа в поперечнике достигает 4 см, длиной около 3 см и толщиной до 2,5 см. Масса простаты половозрелого мужчины составляет 16 г. Через ее толщу из мочевого пузыря проходит мочеиспускательный канал (предстательная часть его), продолжаясь далее в половом члене.

Различают основание предстательной железы, обращенное вверх, и верхушку простаты, смотрящую вниз. Передняя поверхность предстательной железы прилежит к лобковому симфизу и соединяется с ним лобково-предстательными связками. Ее задняя поверхность подходит к прямой кишке.

В предстательной железе различают 3 доли: правую и левую боковые, а также разделяющую их среднюю долю, являющуюся перешейком. В мочеиспускательный канал, проходящий через толщу простаты, открываются правый и левый семявыбрасывающие протоки.

Предстательная железа состоит из небольших альвеолярно-трубчатых железок, разделенных прослойками из соединительной ткани с гладкими мышечными волокнами и таким образом собранных в так называемые ацинусы, количество которых достигает 50. Ацинусы состоят из мельчайшей сети тонких выводных протоков, открывающихся на задней стенке мочеиспускательного канала (задней уретры). Над выводными протоками предстательной железы расположен семенной бугорок, а в подслизистом слое предстательной части мочеиспускательного канала располагаются парауретральные железы, протоки которых открываются в простату. Непосредственно под предстательной железой расположены семенные пузырьки.

Артериальное кровоснабжение предстательной железы осуществляется за счет двух крупных артерий (верхней и нижнепредстательной), выходящих из артериальных сосудов мочевого пузыря и прямой кишки. Венозное кровоснабжение простаты представлено широкой сетью вен, образующих мочеполовое венозное сплетение. Не менее густую сеть образуют и лимфатические сосуды предстательной железы, пропитывающие всю ее железистую ткань и собирающиеся в дальнейшем в региональные (предпузырные), а затем магистральные подздошные и парааортальные лимфоузлы.

Иннервация предстательной железы берет свое начало от ветвей подчревного, почечного, аортального и брыжеечного нервных сплетений. К простате подходят 2 вида нервных волокон (симпатические и парасимпатические), окружающие железу нервными сплетениями и узлами. Такой механизм иннервации предстательной железы и заставляет пациента ощущать болевой синдром при наличии патологии в простате.

Предстательная железа тесно связана с рядом других внутренних половых органов мужчины, к которым в первую очередь можно отнести семенные пузырьки.

Семенные пузырьки (*vesiculae seminales*) – парный железистый орган, представляющий собой извитые образования, расположенные под простатой. Семенные пузырьки имеют веретенообразную форму и внешне могут напоминать гроздь винограда или морскую губку. У взрослого мужчины их длина составляет 4,5—5 см, ширина 1,5—2 см, толщина достигает 1,5 см. Семенные пузырьки располагаются справа и слева от предстательной железы, при этом передняя их поверхность прилегает к дну мочевого пузыря, с которым они плотно связаны, а задняя поверхность – к передней стенке ампулы прямой кишки. Выделительный проток семенного пузырька соединяется с семявыносящим протоком и образует так называемый семявыбрасывающий проток.

Артериальное кровоснабжение семенных пузырьков осуществляется из нисходящей ветви артерии семявыводящего протока и веточек артерий мочевого пузыря, венозное – связано с оттоком крови в мочепузырное венозное сплетение.

Функциональная активность семенных пузырьков напрямую связана с влиянием андрогенных гормонов.

Секрет семенных пузырьков представляет собой вязкую, студенистую, прозрачную жидкость, желтовато– или беловато-серого цвета, без запаха. В секрете семенных пузырьков находится очень важный энергетический субстрат – фруктоза. Она служит источником энергии, поддерживая подвижность сперматозоидов. Уровень фруктозы в секрете зависит от содержания в крови мужчины полового гормона тестостерона, что может свидетельствовать о принадлежности семенных пузырьков, как и предстательной железы, к гормонозависимым органам.

Физиологическое значение секрета семенных пузырьков состоит в том, что он не только обуславливает энергетическую подпитку сперматозоидов, но и предохраняет последние от повреждений и высыхания при прохождении по половым путям.

Семенной бугорок (*colliculus seminalis*) представляет собой возвышение в виде продолговатого холмика, расположенное на задней стенке предстательной части мочеиспускательного канала. Бугорок образован круговыми мышечными волокнами, пронизанными значительным количеством нервных окончаний. Размеры бугорка: длина 1,0—1,5 см, ширина и высота, соответственно, 3 и 4 мм. Справа и слева ниже семенного бугорка имеются углубления с отверстиями протоков железок предстательной железы.

Артериальное кровоснабжение семенного бугорка осуществляется из артерий семявыносящих протоков, нижних артерий мочевого пузыря и средних артерий прямой кишки, венозное – за счет венозной системы предстательной железы. Мощная симпатическая и парасимпатическая иннервация бугорка напрямую связана с нижним подчревным сплетением и тазовыми нервами.

Физиологическая роль семенного бугорка заключается не только в участии в эрекции (кровенаполнении и возбуждении полового члена), семяизвержении (эякуляции), оргазме, но и в способности выполнять функцию клапана семявыбрасывающего протока.

Железы Купера (бульбоуретральные железы) являются железами мочеиспускательного канала мужчин. Расположены они в месте соединения предстательной и перепончатой частей мочеиспускательного канала. Железы имеют округлую форму, размером до 5 мм.

Железы Литтре (трубчато-альвеолярные железы) – тоже железы мочеиспускательного канала мужчин. Расположены на всем протяжении мочеиспускательного канала, имеют гроздевидную форму.

Железы Тизония (железы крайней плоти) – также железы мочеиспускательного канала, расположенные у его наружного отверстия. Они выделяют жироподобное белесоватое вещество, называемое смегмой.

Осуществляется функционирование всех желез мочеиспускательного канала под контролем центральной нервной и эндокринной систем организма. С физиологической точки зрения функция этих желез зависит от основных половых желез мужчины – яичек, и отнести их следует к так называемым гормонозависимым железам.

Основное предназначение всех вышеперечисленных желез мочеиспускательного канала заключается в химической нейтрализации кислой реакции мочи выделяемым ими щелочным секретом (слизью) и в дальнейшем благоприятном прохождении по каналу и выживаемости сперматозоидов во влагалище. Одновременно секрет данных желез способствует увлажнению головки полового члена и свободному введению фаллоса во влагалище при совершении полового акта.

Предстательная железа формируется и функционирует под действием мужских половых гормонов – андрогенов. Влияние андрогенов на различные доли железы изучено еще не достаточно. В тоже время на сегодняшний день доказано, что в наиболее физиологически продуктивном возрасте (18—48 лет) структурно-функциональная активность предстательной железы напрямую связана с андрогенной насыщенностью мужского организма.

Известно, что основной функцией предстательной железы является выработка специфического секрета, необходимого для поддержания активности и жизнедеятельности сперматозоидов. Количество секрета предстательной железы, вырабатываемого здоровым мужчиной детородного возраста за сутки, составляет 0,1—2 мл. Выработка секрета напрямую связана с активностью центральной нервной и эндокринной систем.

В содержимом секрета предстательной железы обнаруживаются ферменты, органические кислоты, белковые, иммуноглобулиновые фракции и другие биологически активные вещества. Беловато-опалесцирующий, почти прозрачный, цвет секрета предстательной железы обусловлен наличием в ней светопреломляющих лецитиновых зерен.

Запах секрета связывают с наличием в нем спермина. Разжижение спермы зависит от содержания в секрете ряда ферментов – гидролаз (амилазы, фиброгеназы и фибролизина).

В процессе развития, особенно с момента полового созревания, в секрете предстательной железы резко возрастает содержание фермента кислой фосфатазы и органической лимонной кислоты. Увеличение их содержания протекает параллельно с повышением активности андрогенов организма мужчины. В связи с этим по активности щелочной фосфатазы и лимонной кислоты секрета предстательной железы можно судить об андрогенной функции яичек.

Общеизвестна защитная функция иммуноглобулиновых фракций сыворотки крови человека. В секрете предстательной железы также обнаруживаются в определенном количестве иммуноглобулины классов IgA и IgG, обеспечивающие специфические и усиливающие его защитные свойства.

ГЛАВА 2. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОСТАТИТОВ

В начале еще раз напомним, что простатит (*prostatitis*) – это воспаление предстательной железы. Заболевание развивается у мужчин половозрелого возраста. Наиболее часто болеют мужчины 25—45-летнего возраста. Вместе с тем простатиты довольно часто сопровождают или предопределяют развитие других заболеваний предстательной железы – аденомы (доброкачественные опухоли) и рака предстательной железы, при которых возраст больных, как правило, уже превышает 55 лет.

Среди факторов, вызывающих простатит, главенствующим является восходящая инфекция, распространяющаяся на предстательную железу из мочеиспускательного канала. В зависимости от характера бактериальной микрофлоры различают неспецифический (банальный) простатит, возбудителем которого чаще всего является обычная (встречающаяся у мужчин и вне заболевания, но либо в недостаточном для инфекции количестве, либо в авирулентной форме) условно-патогенная и патогенная микрофлора. Специфическая флора (гонококк, трихомонада, микобактерии туберкулеза и др.) при этом отсутствует. Неспецифические простатиты составляют основную, большую часть патологий, связанных с воспалительными заболеваниями предстательной железы.

Неспецифические инфекционные простатиты могут вызывать:

- 1) типичные грамположительные (стафилококки, стрептококки) и грамотрицательные (кишечная палочка, протей) микроорганизмы;
- 2) мелкие грамотрицательные палочки – гарднереллы, вопрос о патогенности которых до настоящего времени остается открытым;
- 3) вирусы (гриппа, герпеса, острых респираторных заболеваний, цитомегаловирус, вирус опоясывающего лишая (*Varicella Zoster*));
- 4) микоплазмы (уреоплазма и *M. hominis*) Данные микроорганизмы занимают промежуточное положение между бактериями и вирусами;
- 5) хламидии – облигатные внутриклеточные паразиты.

Неспецифические инфекционные простатиты могут возникать в результате гематогенного заноса инфекции, например при гнойничковых заболеваниях кожи, гнойной ангине и т. п. Такие неспецифические инфекционные простатиты связаны с бактериями стафилококка, стрептококка, вирусами.

Неспецифические инфекционные простатиты могут возникать и как заболевания, передающиеся половым путем. Здесь ведущими этиологическими факторами выступают микоплазмы и хламидии.

Отягощающими причинами неспецифических инфекционных простатитов могут являться застой секрета или венозный застой в сосудах, кровоснабжающих простату. Возникновение данных явлений возникает в результате действия ряда факторов, которые можно разделить на следующие:

- 1) слабая половая активность, возникающая в результате длительного полового воздержания, отсутствия регулярности половой жизни, извращений;
- 2) усиленная половая активность, но сопровождающаяся прерванными половыми сношениями (во избежание беременности партнерши), что ведет к острому скоплению крови в венах таза;
- 3) злоупотребление алкоголем, никотином, что тоже способствует венозному застою крови.

Присоединение как специфической, так и неспецифической инфекции на фоне застойных явлений в предстательной железе является наиболее частой причиной простатитов в настоящее время.

ГЛАВА 3. МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПРОСТАТИТОВ

В механизме развития простатитов главная роль принадлежит микроорганизмам, вызывающим инфекцию, и месту инфицирования, в данном конкретном случае – предстательной железе.

В механизмах развития простатитов можно выделить 2 ведущих пути, первый связан с инфицированием предстательной железы, когда входными воротами являются половые органы, уретра, второй путь инфицирования – гематогенный (через кровь).

Первый путь заражения, как правило, восходящий (уриногенный). Но инфекция в предстательную железу может попасть и через уриногенный нисходящий путь, что имеет место при гнойных пиелонефритах и других воспалительных заболеваниях мочевых путей. Не меньшую опасность может представлять и лимфогенный путь проникновения инфекции в простату, когда возможно заражение от соседних органов малого таза, например при воспалении прямой кишки (проктите) или воспалении мочевого пузыря (цистите), а также от инфицированных геморроидальных вен при тромбозе и т. п.

Второй – гематогенный путь заражения, обусловленный либо наличием в организме больного очагов хронической инфекции (тонзиллитов, кариозных зубов и т. п.), либо осложнениями острых инфекций (гриппа, острых респираторных вирусных инфекций, ангины и т. п.). Для гематогенного пути развития простатитов большое значение имеет и наличие венозного застоя в железе. В настоящее время в связи со значительным повышением устойчивости многих патогенных микроорганизмов к антибиотикам, сульфаниламидным препаратам и повсеместно наблюдаемым при этом вторичным иммунодефицитом отмечается определенный рост бактериемии в инфицировании простаты.

В механизме развития простатитов определенное значение имеют предрасполагающие факторы. Их можно разделить на 2 большие группы: приобретенные и врожденные.

В связи с тем что простатиты поражают значительное количество мужчин активного полового возраста, с большой достоверностью можно говорить о ведущей роли приобретенных предрасполагающих факторов в механизме развития воспаления предстательной железы.

Перенесенные ранее специфические и неспецифические заболевания урогенитального тракта приводят в конечном итоге к изменениям в структуре и функциях предстательной железы. Последнее сопровождается застоем и инфицированием секрета простаты вследствие рубцовых изменений в выводных протоках ацинусов предстательной железы.

Значительную роль в развитии приобретенных простатитов могут играть травматические повреждения половых органов, воздействия физических факторов (ионизирующего излучения, температурного фактора, вибрации, электромагнитного поля), хронические интоксикации (курение, алкоголь, производственные и бытовые яды), болезни репродуктивного возраста, такие как эпидидимит, орхит, орхоэпидидимит и т. д.

Врожденные патогенетические предрасполагающие факторы связаны с соответствующими анатомо-физиологическими особенностями предстательной железы мужчин. Здесь можно выделить 2 ведущих фактора: первый связан с особенностями мышечной ткани, второй – с особенностями кровообращения в железе.

Отсутствие мышечной ткани в стенке просвета железистых протоков (ацинусов) предстательной железы, с одной стороны, уже предопределяет возможность наличия в ней застойных явлений (опорожнение простаты, как известно, происходит за счет эякуляции при оргазме), а с другой стороны, создает предпосылки для свободного проникновения восходящей инфекции в простату.

Особенности кровообращения предстательной железы заключаются в том, простата активно кровоснабжается артериально-венозными сосудами органов малого таза, а мелкие

сосуды и артериолы питают не столько железистую ткань ацинусов, сколько соединительную, их покрывающую. В силу этих особенностей кровообращения сильное возбуждение без последующего совокупления или мастурбации может закончиться не только венозным застоем, но и конгестивным простатитом. В свою очередь воспалительный процесс приводит к сдавливанию артериол соединительной ткани, окружающей ацинусы, и нарушает доставку лечебных препаратов к железистой ткани. Последнее вызывает необходимость применения при лечении простатитов значительного количества физиотерапевтических процедур и, что, на наш взгляд особенно важно, иммуностимулирующих препаратов.

К врожденным предрасполагающим факторам простатитов можно отнести и наличие врожденных аномалий, возникающих на уровне хромосомных нарушений, которые затем проявляются в виде анатомо-физиологических нарушений (например, аномалии мужских половых желез) или эндокринных заболеваний (например, гипоандрогения, т. е. уменьшение содержания мужских половых гормонов в крови при двухсторонней гипоплазии яичек).

ГЛАВА 4. КАКИЕ БЫВАЮТ ПРОСТАТИТЫ?

Все простатиты можно разделить на инфекционные и застойные.

Среди **инфекционных простатитов** выделяют прежде всего специфические, связанные с передачей половым путем специфической инфекции (трихомонадной, гонорейной и т. д.) или являющиеся проявлениями общей специфической инфекции (например, туберкулезной). К инфекционным простатитам относятся и неспецифические, причиной которых является неспецифическая микрофлора (стафилококк, стрептококк, вирусы и т. д.), передающаяся как гематогенным, так и половым путем. Очень часто инфекционные простатиты имеют сочетанную специфическую и неспецифическую микрофлору и потому называются смешанными. Все инфекционные простатиты можно разделить на острые и хронические. В свою очередь среди острых инфекционных специфических и неспецифических простатитов выделяют острый катаральный, острый фолликулярный, острый паренхиматозный и абсцесс предстательной железы (однако последний может быть и осложнением простатита).

Застойные простатиты тоже имеют свою классификацию. При этом острый застойный простатит называется, по определению Хольцова Б. Н., – простатизм, или острая гиперемия простаты. Среди неинфекционных простатитов выделяют также атонию предстательной железы с характерным симптомом (простатореей) и склероз предстательной железы, являющийся исходом хронического простатита.

ГЛАВА 5. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРОСТАТИТОВ

Каждая форма простатита определяется своей характерной клинической картиной. Однако есть и общие симптомы, среди которых можно выделить боль в промежности, иногда иррадиирующую по ходу семенных канатиков, учащенное мочеиспускание, простаторею (обильное непроизвольное выделение секрета предстательной железы), расстройства половой функции.

Клиническая характеристика острого инфекционного катарального простатита

Для острого катарального простатита характерно острое начало. Протекает данный простатит на фоне какой-либо гематогенной или восходящей инфекции. Больные жалуются на чувство тяжести в промежности, субфебрильную температуру, слабость. Ректальное исследование (через прямую кишку) обнаруживает болезненную, слегка увеличенную предстательную железу.

Клиническая характеристика острого инфекционного фолликулярного простатита

Данная клиническая форма простатита, как правило, наступает в результате отсутствия медикаментозного лечения катарального простатита и является продолжением (стадией) острого воспалительного процесса в железе. Больные предъявляют те же жалобы, что и при катаральном простатите, но более выраженные. Присоединяются жалобы на болезненное учащенное мочеиспускание (дизурию), которое при катаральном простатите могло отсутствовать, а также боли в промежности при акте дефекации. При ректальном исследовании обнаруживаются увеличенные, неомогенные и болезненные очаги в простате, в связи с чем данное воспаление называют еще и гнойным очаговым простатитом.

Клиническая характеристика острого инфекционного паренхиматозного простатита

Острый паренхиматозный простатит может быть как продолжением фолликулярного и в целом конечной стадией острого воспаления железы, так и тяжелой формой вторичного гематогенного инфицирования простаты.

Больные при данной форме (стадии) острого простатита жалуются на сильные боли в промежности, иррадиирующие в область полового члена и бедер. Нарастающие дизурические расстройства у больного могут смениться невозможностью помочиться. Появляются пульсирующие боли в области прямой кишки, больные предъявляют жалобы на болезненность при акте дефекации. За счет значительного гнойного воспаления предстательной железы и значительного увеличения ее объема ректальное исследование простаты бывает крайне затруднено. Если удастся провести такое обследование, то обнаруживается резко болезненная, напряженная, потерявшая конфигурацию (дольки и перешеек не пальпируются) железа.

Клиническое течение абсцесса предстательной железы

Выделяют 2 формы абсцесса предстательной железы: первичную (идиопатическую), связанную с наличием внеуриногенного очага инфекции, и вторичную, являющуюся осложнением простатита. Клинически абсцесс может иметь 2 стадии: в первой стадии больной предъявляет жалобы на высокую температуру тела, выраженные боли в промежности, с иррадиацией в крестец, прямую кишку, внутреннюю поверхность бедер, во второй стадии больной, являясь носителем локализованного гнойного очага, обманчиво чувствует себя выздоравливающим.

Исходом абсцесса предстательной железы могут быть уретропростатальные и простаторектальные свищи, образующиеся в результате спонтанного прорыва гноя в заднюю уретру,

мочевой пузырь или прямую кишку. При прорыве гноя в жировую клетчатку вокруг предстательной железы может возникнуть парапростатическая флегмона.

Клиническая характеристика хронического инфекционного простатита

Хронический инфекционный простатит является следствием предшествующей острой инфекции или следующей стадией инфекционных простатитов.

Основными жалобами, которые предъявляют больные при данной форме простатита, являются жалобы на частое (в том числе ночное), болезненное, с вялой струей мочи, затрудненное мочеиспускание. Болевая симптоматика хронических простатитов мало отличается от вышеприведенной, характерной для гнойной паренхиматозной, и состоит из болевого синдрома в области промежности с характерной иррадиацией в область члена, бедер, заднего прохода и крестца. Больные жалуются на усиление болей, связанное с активными движениями или, наоборот, монотонным, сидячим образом жизни в кресле за рабочим столом, баранкой автомобиля, явлениями переохлаждения.

Клиническая характеристика острого и хронического специфических инфекционных простатитов

Клинические симптомы острого и хронического трихомонадного, гонорейного, туберкулезного простатитов практически не отличаются от неспецифических инфекционных простатитов. Для них также свойственно наличие болевого синдрома в промежности с иррадиацией болей в области члена, бедер, крестца, а также наличие болезненного, затрудненного и частого мочеиспускания. Однако особо следует обратить внимание на жалобы больного на наличие выделений из уретры, особенно по утрам, а также их специфический или смешанный характер. При туберкулезном простатите следует учитывать наличие в анамнезе данной инфекции.

Клиническая характеристика неинфекционных простатитов

Клиника неинфекционных конгестивных простатитов во многом схожа с клиникой острого катарального простатита и характеризуется учащенным и затрудненным мочеиспусканием, болевым синдромом в промежности, иррадиацией болей в область бедер и крестца. Однако при тщательном сборе анамнеза больного можно обратить внимание на определенную зависимость этих болей от частоты половых сношений (наличие в анамнезе длительного перерыва в половых сношениях) или связь с самопроизвольной пролонгацией половых актов.

Клиника простатизма

Также почти аналогична клинике острых простатитов, хотя больные чаще всего обращаются за помощью, когда в результате резкого прилива крови к органам таза происходит увеличение предстательной железы и проходящего через нее мочеиспускательного канала. В связи с чем необходимо обратить особое внимание на сбор анамнеза больного. Как правило, это люди молодого возраста, не живущие половой жизнью, не занимающиеся мастурбацией, а ночные поллюции у них либо отсутствуют, либо бывают крайне редко. Контингент таких больных часто сосредоточен в армии, колониях, тюрьмах. К простатизму приводит наступившее и нереализованное эротическое возбуждение.

Клиника другого неинфекционного простатита, называемого атонией предстательной железы, характеризуется жалобами больного на частые самопроизвольные выделения из полового члена, особенно часто после акта дефекации или эротического возбуждения. Однако никаких жалоб на болевую симптоматику в области промежности или при мочеиспускании больной не предъявляет.

Исходом хронического простатита часто является склероз предстательной железы. Под склерозом предстательной железы следует понимать соединительно-тканное кистозное и рубцовое замещение ее паренхимы, приводящее к уменьшению органа и, как правило, сужению просвета предстательной части мочеиспускательного канала.

Ректальное пальцевое исследование склерозированной предстательной железы выявляет ее уменьшение, наличие хрящевой плотности и неровной поверхности.

Склероз предстательной железы ведет к атонии мочевого пузыря, постепенно распространяющейся на мочеточники. Далее возникает уретрогидронефроз с потерей функции почек, развитием пиелонефрита и хронической почечной недостаточностью.

ГЛАВА 6. ДИАГНОСТИКА ПРОСТАТИТОВ

С целью диагностики простатитов большое значение имеют собранные данные истории жизни и болезни, данные о наличии заболевания в настоящий момент и данные о ранее перенесенных урологических и венерических заболеваниях, а также методах их лечения. Опытному урологу значительную помощь в диагностике оказывает не только описание проявлений простатита, включающее болевые, сексуальные расстройства, нарушение мочеиспускания, но и проведение пальцевого ректального исследования (последняя методика выполняется только врачом). Однако для постановки точного диагноза крайне необходимы и данные лабораторного обследования.

В диагностике простатита огромное значение придается исследованию секрета предстательной железы. Для проведения данного исследования больного просят опорожнить мочевой пузырь. Больному с подозрением на простатит делают ректальное исследование, совершая движение указательным пальцем правой руки (для правой руки), как бы рисуя бабочку. При этом необходимо делать поочередные незначительные надавливания вглубь и снаружи на каждую из долей железы. Каплю содержимого, полученного после массажа предстательной железы, наносят на предметное стекло, легко надавливая на головку полового члена. При отсутствии простатита в мазках секрета простаты у здорового человека в поле зрения лейкоцитов 3—5 (но не более 10), лецитиновых зерен – десятки. При наличии воспаления возрастает количество лейкоцитов, а число лецитиновых зерен уменьшается. Особенно ярко проявляется данная зависимость, если воспаление носит затяжной и специфический характер. Для объективизации микроскопического исследования рекомендуется просматривать не менее 20—30 полей зрения или проводить подсчет лейкоцитов в секрете предстательной железы в счетной камере. Нормальным считается содержание лейкоцитов не более 300 клеток в 1 мкл секрета.

Исследование трехстаканной пробы мочи тоже может показать наличие простатита или уретропростатита, если в соответствующей порции, полученной спустя 10—15 мин после массажа (в первом случае в последней, а во втором – в первой и последней) будут выявлены признаки уретрита (лейкоцитурия, гной и слизь).

При подозрении на наличие у больного абактериального неинфекционного простатита (т. е. при практическом отсутствии лейкоцитов и бактерий в секрете предстательной железы) целесообразно проведение люминесцентной микроскопии, позволяющей дифференцировать крупные светлые лейкоциты, эпителиальные клетки ацинусов и выводных протоков. Однако для проведения подобного исследования требуется наличие в лаборатории люминесцентного микроскопа или люминесцентной насадки на микроскоп, что не всегда имеет реальное практическое воплощение.

Широкое применение в современной диагностике простатитов нашло использование трансректального горизонтального ультразвукового исследования предстательной железы. При хронических простатитах ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет выявить наличие в паренхиме железы кистозных изменений ацинусов в виде очагов пониженной плотности. Таким образом, при наличии особенно выраженных изменений в предстательной железе на УЗИ четко видна неоднородность капсулы и внутренней ткани простаты.

Определенное значение в диагностике осложнений хронического простатита и аномалий развития уретры имеют уретропростатография и уретрография, позволяющие выявлять патологические изменения в предстательном отделе уретры.

Проведение уретроскопии при хроническом простатите позволяет наблюдать в области устьев выводных протоков их гнойно-слизистую инфильтрацию.

Дифференцировать хронический простатит необходимо с аденомой, раком и туберкулезом предстательной железы, с заболеваниями мочевого пузыря, уретры, с аномалиями почек и мочеточников.

ГЛАВА 7. ЛЕЧЕНИЕ ПРОСТАТИТОВ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРОСТАТИТАХ

Лечение простатитов, как правило, проводится амбулаторно и в большинстве случаев консервативно. В целом можно выделить 2 основных направления в комплексном лечении простатитов: первое – ликвидация инфекции, второе – улучшение кровоснабжения предстательной железы. Учитывая вышесказанное, необходимо четко понимать, что проводимое при простатитах лечение должно носить патогенетическую и этиологическую направленность.

При инфекционных простатитах бактериальной природы необходимо применять подавляющие данный возбудитель антибиотики. При вирусной терапии необходимо использовать противовирусные препараты.

Эффективность антибиотикотерапии при простатитах будет зависеть от ряда факторов. Прежде всего следует учитывать спектр противомикробного действия назначаемых антибиотиков. Если известно, что простатит явился осложнением заболевания, вызываемого специфическим возбудителем (например, туберкулеза, гонореи и т. п.), то назначают антибиотики с соответствующими спектрами противомикробного действия.

При проведении курса антибиотикотерапии при бактериальных простатитах большое значение имеет назначение оптимальных доз и способов введения препаратов с учетом их фармакокинетики в организме больного. Оптимальными являются дозы антибиотиков, при которых их концентрация в крови в 2—3 раза превышает величину минимально подавляющей концентрации в отношении выделенного возбудителя.

При назначении антибиотиков следует обратить особое внимание на наличие сопутствующей почечной недостаточности, что часто имеет место у больных хроническими простатитами. Так, назначение этим больным таких антибиотиков, как гентамицин, цефалексин, карбеницилин и др., может способствовать усилению их токсичности при почечной недостаточности, так как выделение их нарушено. Выделение доксициклина, рифампицина, фузидина, эритромицина и некоторых других антибиотиков из организма при почечной недостаточности не изменяется, и их назначают в обычных дозах.

Не следует также забывать, что эффективность антибиотикотерапии во многом определяется и оптимально выбранной продолжительностью лечения, т. е. до стойкого клинического эффекта. Однако при этом следует обратить особое внимание на возможность развития побочных эффектов в виде возникновения аллергических реакций, дисбактериоза и кандидоза. В связи с этим мы рекомендуем проведение антибиотикотерапии под прикрытием десенсибилизирующих средств – антигистаминных препаратов. По окончании антибиотикотерапии для восстановления микрофлоры кишечника можно рекомендовать терапию эубиотиками, такими как лактобактерин, бифидумбактерин и др.

По нашим наблюдениям, последние 10—15 лет иммунодепрессивные свойства антибиотикотерапии при лечении простатитов находят и яркое проявление в виде повышенного носительства грибов рода Кандида. Кандида альбиканс является факультативным анаэробом, биологический цикл ее развития включает 2 фазы: дрожжевую и мицелиную. При этом средой обитания в организме человека являются не только половые органы (хотя у наших больных он локализован именно здесь в 2—3 раза чаще, чем в других местах), но и другие слизисто-кожные поверхности – полость рта и кишечника. Среди провоцирующих факторов развития кан-

дидоза следует иметь в виду не только нерациональную, приводящую к иммунодефицитным состояниям, антибиотикотерапию, но и наличие в анамнезе у больного простатитом эндокринопатии и особенно сахарного диабета, при котором резко снижается фагоцитарная активность нейтрофилов. Нарушение фагоцитарной активности нейтрофилов связывают с расстройством метаболизма гликогена и глюкозы, которые контролируются инсулином.

С целью профилактики возникновения кандидозных осложнений антибиотикотерапии или при возникшем кандидозе назначают антигрибковый препарат – низорал (кетоконазол). Низорал – препарат широкого противогрибкового спектра действия, нарушающий образование клеточной стенки гриба. Другим мощным современным противогрибковым средством такого же спектра действия является препарат триазольного класса, ингибирующий синтез стеролов в клетке гриба, – дифлюкан.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОСТАТИТОВ, ВЫЗВАННЫХ ВИРУСАМИ

Среди возбудителей вирусного простатита первое место занимают вирусы простого герпеса I и II вида. Один из них поражает слизистую оболочку рта, другой – слизистые оболочки половых органов. Реже возбудителями вирусного простатита являются цитомегаловирус, вирус опоясывающего лишая и папилломатозный вирус. Резервуарами хранения латентных вирусов в организме человека являются пояснично-крестцовые ганглии.

Лечение простатитов вирусной этиологии проводят этиотропными противовирусными препаратами – ацикловиром и зовираксом. Данные препараты высокоактивны в отношении вируса простого герпеса, вируса опоясывающего лишая. Действие препаратов направлено на подавление репликации новых поколений вирусов. Эффективность лечения тем выше, чем раньше оно начато.

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.