



Лев Кругляк

современные
методы лечения



советы на каждый день



курс уникальных
упражнений



СЕКРЕТЫ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

врач
с многолетним
опытом



слабые места сильного пола

Лев Кругляк

**Секреты мужского здоровья.
Слабые места сильного пола**

«Центрполиграф»

2015

УДК 612.61
ББК 56.9

Кругляк Л. Г.

Секреты мужского здоровья. Слабые места сильного пола /
Л. Г. Кругляк — «Центрполиграф», 2015

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, причем как материально, так и морально. Женщины понимают это лучше мужчин. Автор книги, известный врач-уролог Лев Кругляк, поможет разобраться в причинах мужских болезней, таких как простатит, аденома и рак предстательной железы, бесплодие и некоторых других. Вы узнаете, как предотвратить их, а также, если недуг уже дал о себе знать, как вовремя его вылечить. Главная задача автора – помочь мужчинам сохранить свое здоровье, чтобы создать условия для полноценной и полнокровной 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. Мужчины, берегите свое здоровье – это залог мужской силы!

УДК 612.61
ББК 56.9

© Кругляк Л. Г., 2015
© Центрполиграф, 2015

Содержание

Предисловие	6
Глава 1	9
Строение и функции мочевыделительной системы	10
Почки и почечные лоханки	10
Мочеточник	12
Мочевой пузырь и мочеиспускательный канал	13
Мужские половые органы	14
Яички и придатки	14
Семявыносящий проток	15
Половой член	16
Предстательная железа (простата)	16
Глава 2	19
Глава 3	23
Причины и предрасполагающие факторы заболевания	25
Острый простатит	28
Хронический простатит	29
Диагностика хронического простатита	31
Бактериальные простатиты	32
Конец ознакомительного фрагмента.	33

Лев Кругляк

Секреты мужского здоровья. Слабые места сильного пола

Предисловие

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 определенной 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 определенной степенью риска. Для женщины характерна жизнь, связанная с постоянным и кропотливым трудом (воспитание детей, поддержание семейного уюта и т. д.). 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 серьезных 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 определенной 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 идет об общепринятых профилактических мерах. Существует лишь одно условие: мужчина сам должен 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 тяжелое – 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 распространенное представление, что они всегда будут молодыми и крепкими, при-

водит порой к развитию серьезной 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 своем 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 серьезной 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 столкнется с какой-либо ситуацией, касающейся лично его или близких, а когда такое случается, тут же начинает паниковать. Особенно сложные проблемы возникают, когда речь идет 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. И хотя никто не застрахован от них, особенно в пожилом возрасте, мало кто беспокоится о профилактике и ранней диагностике. И только когда появляются серьезные 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, 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 ее все больше возрастает по мере приближения 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 отек, 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 ее 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 четырех, а после 70 лет – почти у каждого, хотя жалобы бывают лишь у каждого второго-третьего 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 ждет на каждом этапе пути к выздоровлению, и должен активно участвовать в этом процессе. Только тогда его ждет 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 серьезных 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 такими 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 все шире используют гомеопатические препараты и средства антропософской медицины.

Многие из перечисленных выше тем начинают остро волновать мужчин на определенном этапе их жизненного пути, однако найти необходимый ответ удастся 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 профилактический осмотр у уролога – занятие не обременительное, но обязательное.

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.

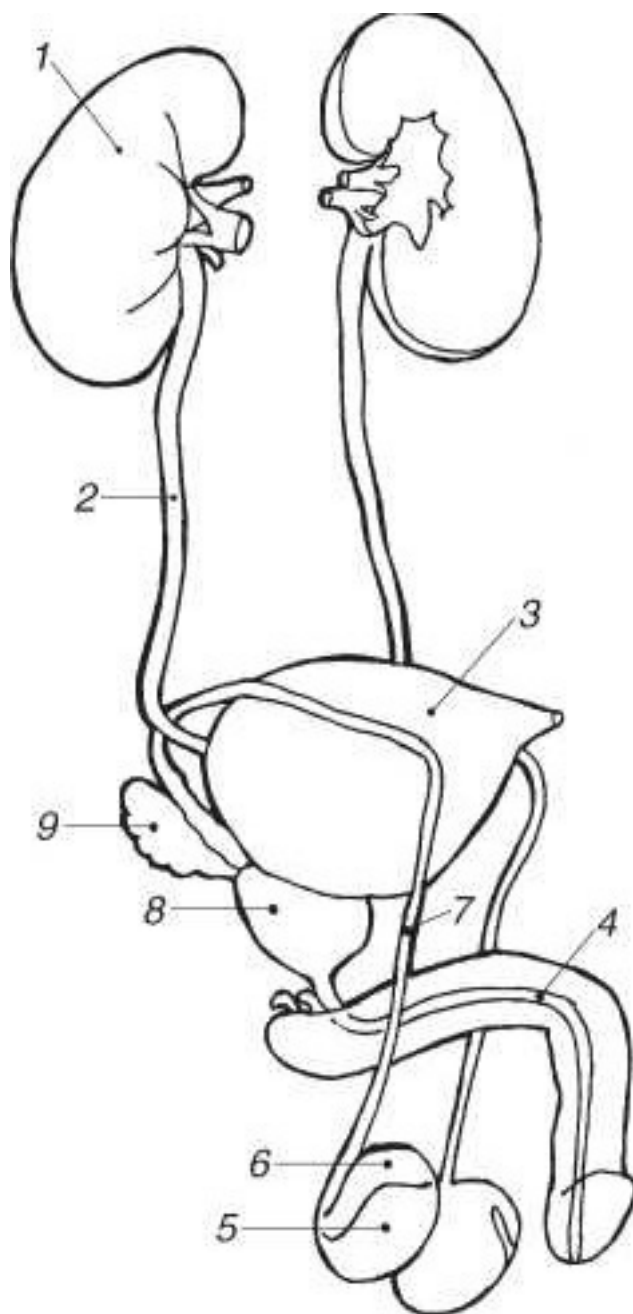
Предстательная железа (простата) не может рассматриваться как изолированный орган. Понять ее функции и заболевания возможно, лишь рассматривая простату как часть системы мочевыводящих путей и мужских половых органов. Поэтому необходимо краткое описание так называемой мочеполовой (урогенитальной) системы.

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 тридцати 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 ее, 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 семь – девять пирамид.



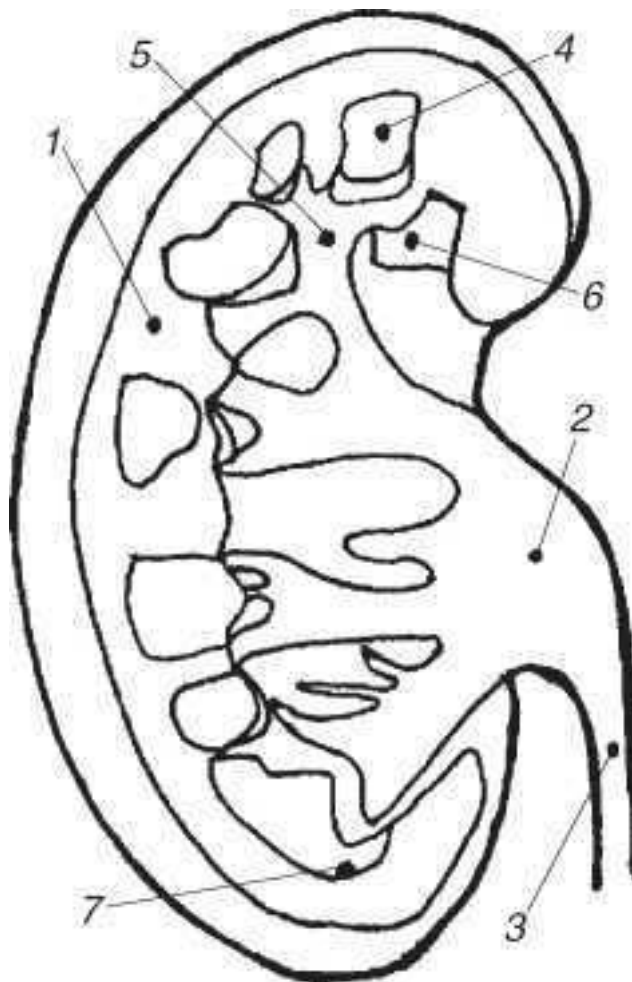
Мочеполовая система (мужская)

1 – почка; 2 – мочеточник; 3 – мочевой пузырь; 4 – мочеиспускательный канал и губчатое тело полового члена, начинающееся луковичей и заканчивающееся головкой полового члена; 5 – яичко; 6 – придаток яичка; 7 – семявыводящий проток; 8 – предстательная железа; 9 – семенные пузырьки

В корковом слое имеется около 1 миллиона почечных клубочков, извитые канальцы, 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 канальцам, около 99 % воды, питательных веществ

и минеральных солей из первичной мочи возвращается 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.



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

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 три сужения. Здесь обычно застревают камни, опускающиеся из почек. Спастические попытки мышц мочеточника преодолеть препятствие вызывают коликообразные боли.

Мочевой пузырь и мочеиспускательный канал

Мочевой пузырь располагается в малом тазу. При максимальном наполнении может растягиваться до пупка. 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 емкостью для собирания мочи и последующего выведения ее 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. Максимальное наполнение мочевого пузыря около 1 л.

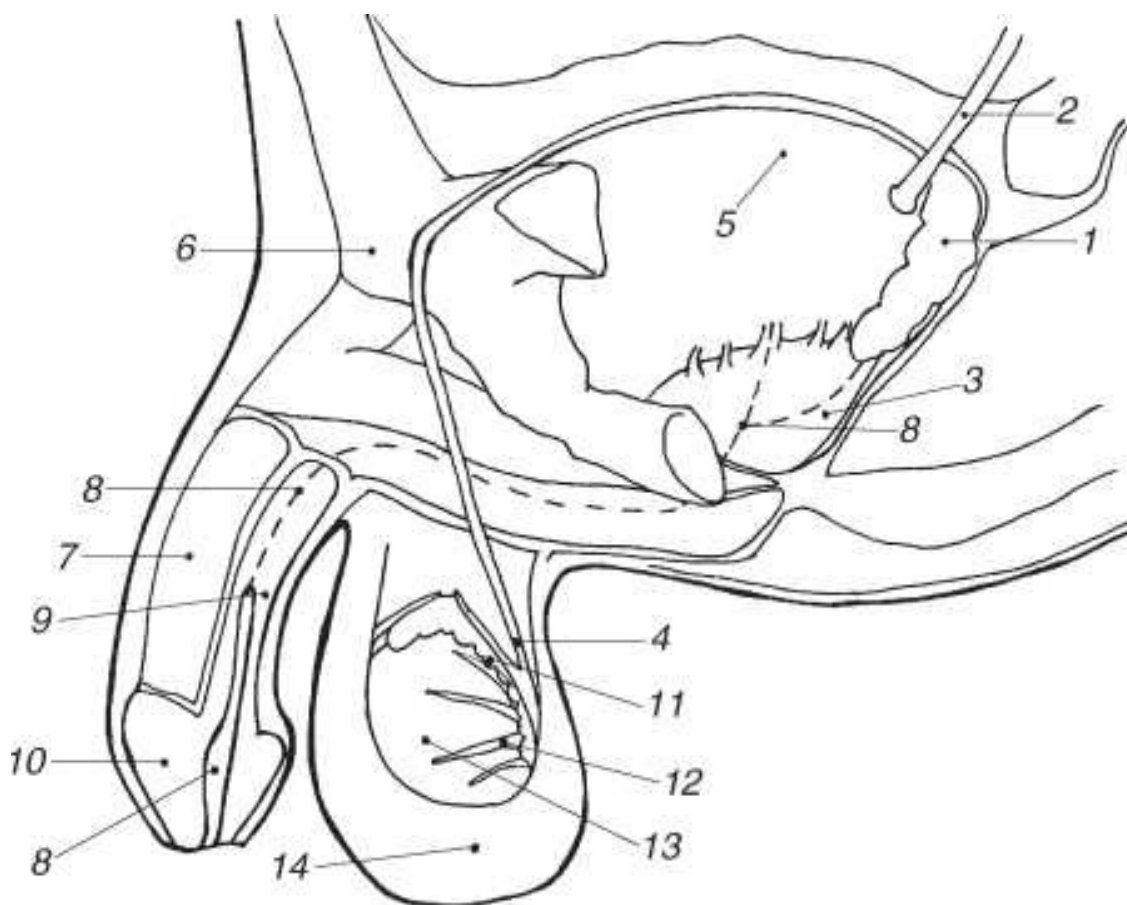
Передняя часть мочевого пузыря (шейка) переходит в уретру. Длина ее у мужчин 20–25 см, а у женщин только 4–5 см (с этим связана более частая заболеваемость женщин воспалением мочевого пузыря). При мочеиспускании уретра расширяется до 8 мм. Она выстлана также слизистой оболочкой. Являясь завершающим отделом мочевых путей, служит для выведения мочи наружу.

Мужские половые органы

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

Яички и придатки

Мужские семенные клетки – сперматозоиды вырабатываются в яичках. Это парный овальный орган, по виду и величине имеющий сходство с голубиным яйцом, весом около 30 г. Они располагаются в кожном мешочке – мошонке – и окружены плотной соединительнотканной оболочкой. Каждое яичко состоит из приблизительно двухсот отдельных долек, отделенных 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 десять – двадцать пять) попадает в придаток яичка. Он 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.



Мужские половые органы

1 – семенной пузырек; 2 – выводной проток; 3 – простата; 4 – семявыносящий проток; 5 – мочевой пузырь; 6 – лобковая кость (срез); 7 – кавернозное (пещеристое) тело полового члена;

8 – мочеиспускательный канал; 9 – кавернозное тело уретры; 10 – головка полового члена; 11 – придаток яичка; 12 – семенные каналы; 13 – яичко; 14 – мошонка

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 определенный 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 сохранение обеих функций (и, следовательно, способности к совершению полового акта и к оплодотворению) вплоть до глубокой старости – не редкость.

Придаток яичка служит временным резервуаром и выводным протоком для сперматозоидов, поступающих из яичка. В этом резервуаре происходит дозревание сперматозоидов, в процессе которого определенное 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 канатика 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.

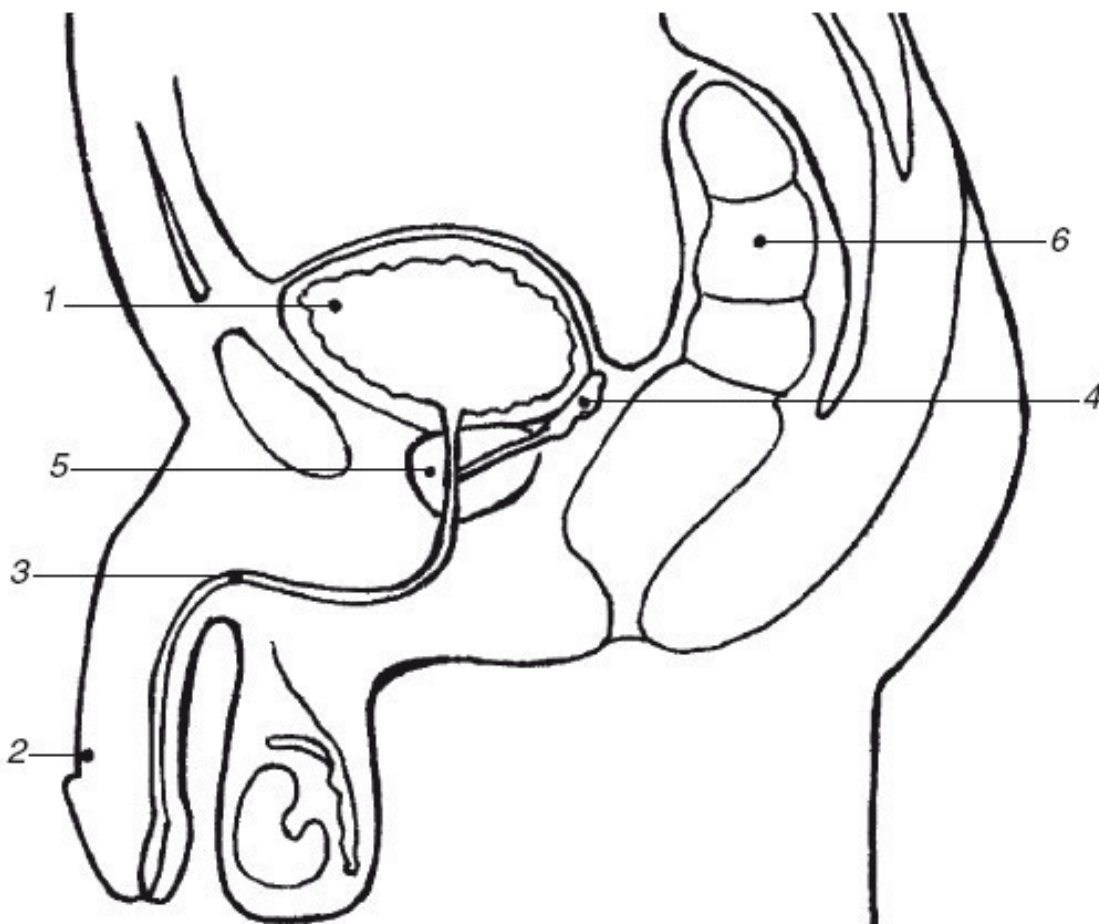
Семенной пузырек – парный мешотчатый орган грушевидной формы. Он располагается над предстательной железой сзади от дна мочевого пузыря и спереди от ампулы прямой кишки. Выводной проток его впадает в ампулу семявыносящего протока. Он всего 4–5 см длиной и около 1 см в диаметре. Секрет семенных пузырьков 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, окруженной крайней плотью, соединенной на задней поверхности с телом кожной связкой – уздечкой. В норме крайняя плоть свободно сдвигается с головки, полностью открывая ее. На внутреннем листке крайней плоти и на коже головки полового члена (в области венечной борозды) начиная с раннего детства постоянно образуется особое вещество – смегма. Ее 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. В мужском половом члене имеются три пещеристых тела, содержащие большое количество венозных полостей, которые при половом возбуждении заполняются кровью. Он значительно увеличивается в размерах, становится напряженным, что позволяет мужчине осуществлять половой акт. Между пещеристыми телами проходит мочеиспускательный канал, по которому выделяется моча и сперма.

Предстательная железа (простата)

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



Анатомическое расположение предстательной железы

1 – мочевого пузыря; 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 и 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 часть ее хорошо обследовать пальцем или с помощью 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 долики отделены друг от друга фиброзномышечными оболочками, способствующими выжиманию секрета. Предстательная железа окружена плотной соединительнотканной капсулой. Перегородка делит ее на внутреннюю (центральную) и наружную (периферическую) зоны. Для аденомы предстательной железы характерен рост внутренних полей. В связи с этим понятно, что внутренняя часть железы, окружающая мочеиспускательный канал, при разрастании может быть 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 раковых опухолей 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 нем 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 % ее объема, 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 счет гибели клеток железистого эпителия. При различных заболеваниях предстательной железы (например, при хроническом простатите), когда снижается ее 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 12–78 % больных хроническим простатитом. Кроме регуляции половой деятельности и обеспечения нормального процесса размножения, предстательная железа оказывает влияние на акт мочеиспускания, обмен веществ в организме, 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 свое 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 ребенка, 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 ведет 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 идет 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 дегидротестостерон, 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 еще 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 зависят от целого ряда факторов. Восполнение дефицита осуществляется только квалифицированным врачом.

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

Глава 2

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

Этот раздел дает краткое описание пути пациента с жалобами на предстательную железу 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 об аспирине) или об аллергии важна, так как это может влиять на лечебные рекомендации вашего врача. Обычно врач уточняет перенесенные или имеющиеся заболевания, особенно миндалин, желчного 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. Поскольку врачу приходится часто иметь дело с пациентами, имеющими заболевания предстательной железы, то уже на основании жалоб больного он может сделать важные выводы. Поэтому необходимо без всякого стеснения описать врачу все свои жалобы, особенно связанные с простатой. Тогда врач после дополнительных целенаправленных вопросов сможет представить картину заболевания исследуемого органа. Правда, для надежного диагноза одного опроса (личного анамнеза) недостаточно. Поэтому затем для уточнения связи жалоб с простатой проводятся общее и специальное обследование.

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 четырех 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 удастся, расположенных выше семенных пузырьков. Это позволяет выявить различные изменения, в том числе уплотнения, размягчения, узлы. Если имеется подозрение на воспалительный процесс, то после легкого массажа железы и семенных пузырьков получают по уретре секрет, который подвергается микроскопическому исследованию. Часто обнаруживается возбудитель заболевания, например трихомонады, гонококки, 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 даже нет необходимости в обезболивании. Оно почти безболезненно, и, как было сказано выше, пункция делается тонкой иглой с помощью специального аппарата. В некоторых затяжных случаях это исследование позволяет поставить правильный диагноз и назначить квалифицированное лечение.

Во всех без исключения случаях проводится исследование мочи. Иногда ограничиваются использованием упрощенных тестов-полосок, позволяющих по химическим реакциям сразу же решить вопрос об изменении мочи – белок, воспалительный процесс, реакция и т. д., что, однако, не исключает ее микроскопического исследования. Оправдывает себя трехстаканная проба, которая служит для установления места очага воспаления в мочевых путях. Пациенту предлагается при мочеиспускании разделить содержимое мочевого пузыря на три порции (три 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 трех 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 аденоме простаты, камнях и опухолях мочевых путей, поэтому в последующем 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 объем обследования, который интересует каждого врача. Это прежде всего количество лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобин, скорость оседания эритроцитов и свертываемость крови. Далее следует креатинин – продукт белкового обмена, который, фильтруясь в почках, выделяется с мочой как шлаки. Повышение его уровня в крови указывает на нарушение функции почек. В последние годы особенное значение у пожилых мужчин имеет определение ПСА – простатоспецифического антигена, позволяющего значительно улучшить выявляемость рака предстательной железы. При хронических простатитах и сексуальных нарушениях необходимо знать эндо-

кринный статус больных, поэтому изучается уровень продукции у них андрогенов и эстрогенов – мужских и женских половых гормонов.

Вышеприведенные исследования уже позволяют врачу поставить диагноз, который, однако, нередко нуждается в уточнении. Современная медицина позволяет сегодня с помощью точных и надежных 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 определенной последовательности.

Большие преимущества имеет обследование с помощью ультразвука, так как позволяет оценивать органы и изменения в них без лучевой нагрузки рентгенологического исследования. 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 мочеиспускания может быть застой в мочевом пузыре, обратный заброс ее в почки, что вызывает в них воспалительный процесс и соответствующие изменения, хорошо видимые при ультразвуковом исследовании (УЗИ). Тщательно изучается состояние полости и стенок мочевого пузыря, при этом выявляются изменения слизистой оболочки (псевдодивертикулы), камни мочевого пузыря – осложнения заболеваний простаты. Обычно у каждого пациента обследование проводится до и после мочеиспускания. Это связано с тем, что у больных аденомой предстательной железы после мочеиспускания иногда остается моча, которая измеряется с помощью УЗИ. Используя ректальный (прямокишечный) датчик, можно «осмотреть» простату вовнутрь, что дает дополнительную информацию об органе.

Несмотря на преимущества УЗИ, в некоторых случаях нельзя обойтись без рентгенологического исследования, которое позволяет дать лучшую картину мочеточников, мочеиспускательного канала, а также определенные функциональные особенности мочевых путей. Имеются два технических приема: рентген почек (и мочеточников) и мочевого пузыря с мочеиспускательным каналом (уретрой). Обычно предварительно делается обзорный снимок, который во многих случаях позволяет выявить камни почек и мочевого пузыря. При проведении выделительной (экскреторной) урографии используется вводимое в вену (капельно или шприцем) контрастное вещество. Это йодсодержащее вещество попадает с кровью в почки и выделяется в концентрированном виде.

Произведенные снимки (чаще всего на 7-й и 15-й минутах, но это зависит от клиники заболевания) позволяют получить картину мочевыводящих путей: почек, почечных лоханок, мочеточников и мочевого пузыря. Таким образом удастся выявить изменения в мочевых путях, связанные с аденомой или раком предстательной железы, а также имеющуюся в них патологию (опухоли, кисты и т. д.). При уретроцистографии контраст вводится через мочеиспускательный канал в мочевой пузырь. Произведенные с различными техническими модификациями снимки позволяют уточнить картину нижнего отдела мочевых путей и самой простаты. Однако врачи встречаются со случаями, когда для уточнения диагноза и выбора рационального метода лечения приходится прибегнуть к более сложным методам обследования. Учитывая дороговизну аппаратуры, они проводятся по определенным показаниям. При компьютерной томографии с помощью рентгеновских лучей делаются тонкие срезы тела человека. При этом часто используется контрастное вещество. Кроме общей картины мочевыводящих путей можно получить четкую информацию о предстательной железе, семенных пузырьках и лимфатических узлах. Сцинтиграфия¹ позволяет получить изображение костной системы. Вводимое в вену слабое

¹ Сцинтиграфия – метод функциональной визуализации, заключающийся во введении в организм радиоактивных изотопов и получении двумерного изображения путем определения испускаемого ими излучения.

контрастное вещество достигает костных тканей, аккумулируется и дает четкую картину их структуры. Этот метод позволяет выявить метастазы при раке простаты.

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

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

С помощью цистоскопа можно ввести в мочевой пузырь зонд для ультразвукового исследования. Правда, эта процедура не пользуется особой популярностью у пациентов, так как данное обследование, особенно у мужчин, может быть неприятным, болезненным. В связи с этим его проводят только по необходимости, используя местную анестезию. Иногда эндоскопическое исследование используется перед операцией для уточнения некоторых показателей, например размеров предстательной железы, опухоли и т. д.

Как известно, у больных, страдающих аденомой 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 больного, приходится определять давление в мочевом пузыре. Чаще всего это происходит при нарушении иннервации² мочевого пузыря у больных паркинсонизмом, мультисклерозом, с проблемами межпозвоночных дисков и при других заболеваниях.

Естественно, для установления правильного диагноза не все исследования проводятся каждому пациенту. Некоторые из них неприятны, а порой болезненны, но отказываться от обследования нельзя, ибо запущенное заболевание принесет еще больше страданий.

² Иннервация – снабжение органов и тканей нервами, что обеспечивает их связь с центральной нервной системой.

Глава 3

Простатит

Среди трех наиболее распространенных 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. Некоторые авторы называют известный собирательный симптомокомплекс «мужским аднекситом».

Простатит – одно из самых распространенных урологических заболеваний, нередко протекающее скрыто и приводящее к нарушениям половой функции и сперматогенеза (процесса образования в яичках мужских половых клеток). Согласно статистическим данным, простатитом болеет 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 распространенность 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 проведенной терапии.

Диагностика и лечение хронического простатита – нелегкая задача для врача, они требуют от него значительных знаний и опыта, а от пациента – терпения и организованности. К сожалению, в урологической практике превалирует легкое отношение к проблемам простатита, идут штампованные курсы лечения без учета 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. Еще в 1990 г. Т.А. 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 все больше специалистов. Автор редко подробно останавливается в своих книгах на классификациях заболеваний, ибо по большому счету это интересует только врачей, но данное заболевание столь «оригинально», что нужно 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 упрощенной форме (четыре группы):

I. Острый бактериальный простатит – острая инфекция предстательной железы.

II. Хронический бактериальный простатит – рецидивирующая инфекция простаты.

III. Хронический небактериальный простатит / синдром хронической тазовой боли, когда нет доказательства инфекции.

Подгруппы этого класса:

A. Воспалительный хронический тазовый болевой синдром: лейкоциты выявляются в секрете простаты, моче, полученной после массажа простаты (третьей порции мочи или эякуляте).

B. Невоспалительный хронический тазовый болевой синдром: отсутствуют доказательства воспаления в секрете простаты, третьей порции мочи и эякуляте.

IV. Асимптоматический хронический простатит: нет субъективных симптомов, но лейкоциты обнаруживаются в секрете простаты или в ткани предстательной железы при обследовании по поводу других расстройств.

Как мы видим, уже описание возможных вариантов развития болезни указывает на сложность ее 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, а следовательно, вспомнить о, быть может, давно прошедших годах, когда некоторые события в жизни вполне стали 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 ведет 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 сдавливание мелких сосудов при увеличении объема предстательной железы вследствие начавшегося воспаления. Это ухудшает питание тканей, чем можно объяснить неэффективность противовоспалительной терапии. Данное положение – предпосылка для применения физических методов лечения (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 ее заболеваниях.

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

Помимо врожденных 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 называли даже «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 пойдет 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 %. Особенно часто заболевают жители теплых 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 кровообращения, наличия застойных явлений в органе. Последние наиболее 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 отправлением 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, нефиксированный рабочий день, неполноценное и нерегулярное питание и проч.). 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, ответственной 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 затрудненным 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, причем долгие годы определенная 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 антибактериального лечения и ставит под сомнение его исход.

Довольно часто возбудителями воспаления в предстательной железе являются кишечная палочка, стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка и другие бактерии. Специфическими возбудителями являются микобактерии туберкулеза. Отдельную группу составляют инфекции, передающиеся половым путем: венерические болезни (гонорея, сифилис и СПИД) и не относящиеся к классическим вензаболеваниям, но способные вызвать воспалительный процесс в мочеиспускательном канале и предстательной железе: микоплазмы, уреаплазмы, хламидии, гарднереллы, трихомонады. 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 распространенный 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 партнера 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 поддается лечению, часто рецидивирует, поскольку источниками болезни являются оба супруга (партнера). Более того, клинические симптомы простатита могут проявиться через многие годы после «излечения» от уретральной инфекции.

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 отдаленных органов: кариесных зубов, воспаленных миндалин, ушей и носа, легких, желудочно-кишечного тракта, почек. Виновником поражения железы могут быть острые инфекционные заболевания (ангина, грипп, фурункулез, рожа, тиф). Возможно проникновение инфекции лимфогенным путем 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 ученых нет пока единодушного мнения. Отметим лишь, что чаще всего речь идет 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 тяжелое. 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 учащенное 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-желтые 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 остается 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 ее 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 отек 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, попав в кровь, 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 остается. Курс лечения – 10–14 дней.

Хронический простатит

В клиническую картину простатита укладываются различные патологические процессы. Менее чем у половины пациентов удается 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 распространенность 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 импотенции могут сделать жизнь мужчины просто невыносимой.

Обилие классификаций простатита, отсутствие простых, надежных 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 нем: 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 неопределенное 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, ее тяжелых осложнениях. Если лечение не дает быстрого эффекта, такие пациенты начинают метаться между врачами в поисках лучшего метода избавления от недуга. Обычно такому пациенту нужна помощь психолога или психотерапевта (нередко сексопатолога). Большинство больных вполне контролирует свои реакции, а правильный подход к своему заболеванию уже приносит определенное улучшение. Положительный исход лечения во многом зависит как от участия в этом процессе самого больного, так и поддержки партнерши. 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 учащенные позывы, боли в начале или конце акта мочеиспускания, постоянные боли ноющего характера с отдачей в подлобковую область, промеж-

ность, крестец, мошонку, головку полового члена, прямую кишку, паховую область. У некоторых боли увеличиваются как после полового акта, так и при длительном воздержании. Интенсивность боли часто не зависит от степени выраженности патологического процесса, в ряде случаев ее относят за счет 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. Половые 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 существующие 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).

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 больных 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 нормализуется эякуляция.

Разновидностью половых расстройств у пациентов хроническим простатитом является нарушение эрекции полового члена (эректильная дисфункция). Обычно это расстройство, как наиболее распространенное проявление изменений сексуальной сферы, особенно болезненно переносится мужчинами. У таких пациентов при ослабленной эрекции, а иногда и без нее, во время попытки совершить половой акт может наступить семяизвержение, нередко не приносящее удовлетворения. При длительном хроническом простатите со снижением уровня мужских половых гормонов в крови может уменьшиться и половое влечение.

Добиться полного выздоровления при хроническом простатите очень сложно. 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.

Самый тяжелый исход простатита – рубцевание ткани предстательной железы со значительным сморщиванием органа. Нередко в процесс вовлекается задняя часть мочеиспускательного канала и мочевого пузыря, что 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 аденомой предстательной железы, развивающейся за счет разрастания периуретральных желез. Обычно это заболевание наблюдается у мужчин старше 50 лет и характеризуется учащенным, затрудненным мочеиспусканием, особенно ночью. Это обусловлено сужением просвета мочеиспускательного канала. Нарушая отток из предстательной железы, аденома способствует прогрессированию хронического простатита. При решении вопроса о необходимости оперативного удаления аденомы предстательной железы предварительно следует обязательно провести курс лечения простатита.

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 приведенной 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 оснащенности лечебного заведения. В ряде случаев диагноз ставится без должного обследования или без уточнения возбудителя заболевания. Нередко хронический простатит так и остается невыявленным.

Обследование пациента начинается с первой встречи с врачом, когда выясняются многие аспекты, предшествующие заболеванию. Самым простым методом диагностики является пальцевой осмотр через анальное отверстие. Более информационным методом – ультразвуковое исследование, при этом наиболее точные сведения об органе можно получить, используя ректальный датчик. 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. И если поиски бактерий обычно не представляют сложности, то определить в изучаемых средах хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, гонококки, трихомонады, гарднереллы сложно, а порой технически невозможно. Поэтому диагноз «хронический простатит» иногда ставится приблизительно, а при отсутствии инфекционной флоры говорят об асептических формах простатита.

Обследование отдельных пациентов требует расширенного объема обследования, вызванного исключением заболеваний, дающих сходную клиническую картину (цитология мочи, цистоскопия для исключения рака мочевого пузыря, ПСА для исключения рака простаты и т. д.). В ряде случаев приходится использовать современные методы исследования (КТ и МРТ).

Новым 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 про-

гнозировать течение заболевания, а также значительно повысить эффективность его лечения, избавить большинство мужчин от необходимости проведения регулярного обследования и лечения.

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 серьезной 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 бактерии заселяют толстый кишечник. Находят они приют и в простатических железах. При ослаблении защитных сил организма (иммунитета) нередко без видимых причин бактерии проникают в предстательную железу, живут и размножаются, что неожиданно для больного приводит к развитию вышеописанных симптомов хронического простатита. Такие же изменения происходят в мочеполовых путях женщин. Поэтому можно говорить о семейной (или партнерской) инфекции. Естественно, восприимчивость к заражению и заболеванию у всех различная.

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

Туберкулез простаты – обычно вторичное явление легочного процесса, вызванного микобактериями туберкулеза. Из легких туберкулезная палочка попадает током крови в другие органы, в том числе 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, серьезные жалобы появляются редко. Обычно диагноз устанавливается при тщательном обследовании, когда уже выявлено туберкулезное 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 туберкулез 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 туберкулез предстательной железы является частью урогенитального туберкулеза, то лечение назначается общее. В последние годы, к сожалению, появились штаммы микобактерий туберкулеза, устойчивые к «старым», привычным противотуберкулезным препаратам. Поэтому при первых же признаках этого заболевания необходимо начинать немедленное лечение.

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.