

Ахмед Азизов

ПРОСТАТИТ

вымысел и реальность

г. Махачкала

ББК 56.9
А 35

Азизов Ахмед Пирмагомедович доктор медицинских наук, врач уролог-сексопатолог, психотерапевт, профессор кафедры медико-социологической реабилитации СФ ДГУ (г. Махачкала), директор Клиники, состоящая из двух отделений: «Центра обследования и лечения заболеваний половой сферы» и «Семейной консультации», президент медико-профилактической просветительской программы «Культура и Здоровье».

Простатит – вымысел и реальность. – Махачкала: НП «РСБЭ», 2004.-186с. (Некоммерческое партнерство «Республиканская служба бухгалтеров-экспертов»)

ПРОСТАТИТ- вымысел и реальность

Книга известного врача, доктора медицинских наук, профессора, специалиста уролога-сексопатолога Ахмеда Пирмагомедовича Азизова в доступной форме знакомит читателя с очень распространенным заболеванием мужчин - простатитом. Достаточно подробно расписаны причины возникновения, клинику, методы обследования и способы лечения. Профилактике простатита уделено большое внимание. Брошюра будет полезна не только мужчинам, но и женщинам, которые хотят понимания мужских проблем.

© Азизов А. П., 2004 г.

Технический редактор и ответственный за выпуск:
Абдурахманова Н.К.

Содержание

I. Введение	6
Предисловие.....	6
Актуальность проблемы.....	9
II. Анатомия и физиология предстательной железы	11
III. Причины простатита	14
• Перенесенные заболевания, передающиеся половым путем...	14
• Воспалительные процессы в других органах.....	18
• Переохлаждение.....	18
• Застой крови в органах малого таза.....	19
- малоактивный образ жизни, травмы промежности.....	19
- запоры, злоупотребление алкоголем, погрешности в диете.....	20
- венозная недостаточность.....	20
- неорганизованная сексуальная деятельность.....	20
- недостаточное и несбалансированное питание.....	21
• Факторы, предрасполагающие к развитию простатита.....	22
IV. Методы диагностики простатита	23
• Анкеты, опросники и другие вспомогательные средства... ..	24
• Подготовка пациента к проведению диагностических исследований.....	37
.....	
• Взятие материала для лабораторных исследований.....	39
• Лабораторная диагностика возбудителей ИППП и трактовка ее результатов.....	42
• Пальцевое исследование ПЖ и семенных пузырьков.....	44
• Взятие секрета ПЖ и содержимого семенных пузырьков для лабораторных исследований.....	50
• Анализ мочи.....	54
• Анализ эякулята.....	55
• Посев и определение чувствительности к антибиотикам.....	59
• Специальные методы исследования состояния ПЖ.....	61
• Вспомогательные, инструментальные методы исследования...	62
V. Классификация простатита	66
VI. Клинические признаки хронического простатита	75
• Общие симптомы хронического простатита.....	75
• Местные симптомы хронического простатита.	76
• Жалобы больного с хроническим простатитом.....	77
• На самом ли деле причиной мужских сексуальных проблем является простатит?	81

VII. О злоупотреблениях, которые могут быть со стороны врачей	86
VIII. Методы лечения хронического простатита	88
• Основные принципы лечения хронического воспаления предстательной железы	89
1. Медикаментозные методы лечения	91
• Антибактериальная терапия	91
• Альфаадреноблокаторы	95
• Сульфаниламидные препараты	98
• Препараты, восстанавливающие микрофлору кишечника	98
• Вытяжки из предстательной железы животных	98
• Ангиопротекторы, дезагреганты	98
• Ферментные препараты	99
• Иммуномодуляторы	99
• Противотрихомонадные препараты	101
• Противогрибковые препараты	102
• Препараты, оказывающие успокаивающее, седативное воздействие на нервную систему	102
• Биостимуляторы	102
• Витамины, поливитамины, микроэлементы	103
• Препараты обладающие анальгезирующим действием	103
• Гепатопротекторы	103
• Гормональные препараты	103
2. Специальные методы лечения	104
• Привлечение супруги, постоянной половой партнерши	104
• Половая жизнь	105
• Массаж предстательной железы	105
• Гидромассаж предстательной железы	107
• Микроклизмы	109
• Ректальные свечи	111
• Внутриуретральные введение лекарств (инстиляции)	111
3. Нетрадиционные методы лечения	114
• Рефлексотерапия	114
• Апитерапия	115
• Гирудотерапия	117
4. Адаптогены – универсальные лекарственные препараты для лечения различных систем и органов (авторские разработки и рекомендации). Клинические и экспериментальные	120

исследования.....	
.....	
5. Фитотерапия. Наиболее широко применяемые лекарственные травы. Этапы фитотерапии хронического простатита. Характеристика действия лекарственных трав. Рецепты. Лекарственные смеси из порошков лечебных трав.....	127
6. Физиотерапевтические методы лечения.....	141
7. Оценка конечного результата лечения.....	154
8. Санаторно- курортное лечение.....	156
• Грязелечение.....	157
• Водолечение.....	158
9. Лечебная физкультура.....	158
XI. Профилактика простатита.....	160
XII. Список использованной литературы.....	170

ВВЕДЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Эта книга написана и для пациента и для врача, для каждого, кто когда-то может стать пациентом, и для студента, который собирается стать врачом. Написанная в доступной форме, она будет полезна и тем и другим. Надеюсь, и профессионалы урологи, андрологи, сексологи найдут здесь немало для себя интересного. Всё же 20 лет моей практической работы с этими больными сформировали определённое отношение к каждому вопросу, возможно, не всегда совпадающее с общепринятым.

Хочу предупредить пациентов о том, что врачи не любят поучающих их больных. Будьте осторожны, не настраивайте против себя тех, у кого вы лечитесь. Надо признать, что на стороне врача – его высокое медицинское образование, врачебный опыт и врачебное мировоззрение, которого никогда не может быть даже у самого образованного больного. Ваши знания послужат вам ориентиром, если вы когда-нибудь столкнетесь с этой проблемой, помогут лучше понять врача, соблюдать его предписания. Ведь нагруженный большим количеством больных, врач не имеет возможности вам все подробно объяснить.

В этой книге есть специальные разделы о том, что должен знать пациент. Это причины и первые признаки заболевания, подготовка и методики обследования, различные процедуры, которые необходимо провести при диагностике и лечении, профилактика.

Из методов лечения более подробно расписаны

немедикаментозные такие как, траволечение, лечебная физкультура, санаторно-курортное лечение. Из лекарственных средств более подробно описаны адаптогены, растительные стимуляторы (имеются ссылки на многочисленные авторские разработки подтвержденные клиническими и экспериментальными исследованиями).

Высказаны более подробно преимущества и недостатки приема альфа-адреноблокаторов, применение которых при простатите, несомненно, представляет огромный интерес для урологов. Достаточно подробно перечислены лекарственные препараты и смеси, применяемые для местного лечения, вместе с оговоркой очень осторожного к ним обращения. Несомненно, раздел физиотерапии также написанный достаточно подробно представляют для специалистов большой интерес.

В этой книге специально допущены определенные упрощения в объяснении сложных процессов этиологии и патогенеза простатита, доз лекарственных препаратов, схем лечения. Многие медикаменты, применяемые для лечения простатита, специально просто перечислены. Врачи могут в этом разобраться т.к. приведенные здесь лекарственные препараты в основном применяются в средних терапевтических, разовых, суточных и курсовых дозах, об этом имеется многочисленная медицинская литература. Пациент должен понимать вред самолечения и при всех возникающих вопросах обращаться к врачу.

Большее внимание уделено тем вопросам, которые должны быть понятны и полезны медицински неподготовленному читателю. Если же у вас возникает ощущение, того, что какие-то места для вас все же сложны для восприятия, смело пропускайте их и читайте дальше. То же самое могут сделать врачи, в местах, где подробно дается информация для пациента, находя для себя более интересное.

Предполагаю недоумение и несогласие части коллег, после ознакомления с разделом «О злоупотреблениях врачей». Мой длительный практический опыт работы не раз убеждал меня, в том, что откровенность в обсуждении любых вопросов, основа доверия и взаимопонимания, без которых трудно строить любую лечебную работу. Честность, профессионализм и искреннее, желание помочь больному делает врача – врачом.

Я хотел бы выразить глубокую признательность и благодарность моей помощнице, менеджеру клиники Шахзанат Магомедовой, за ее поддержку, помощь и огромный труд в процессе подготовки книги. Выражаю благодарность за скрупулезный труд в подготовке издания этой книги Абдурахмановой Наиде. Искренне благодарю Курбанова Аммая Меджидовича за помощь в издании книги.

Пусть, эта книга будет полезна Вам, уважаемый читатель!

Ахмед Азизов

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ПРОСТАТИТА

Решение многих вопросов, по которым мужская половина обращается за медицинской помощью к урологу, андрологу, сексологу, связано с решением проблемы воспаления предстательной железы.

Актуальность проблемы заключается в том, что хронический простатит — одно из наиболее часто встречающихся заболеваний у мужчин. По данным различных врачей, исследователей, от 20 до 80 % мужчин старше 25 лет страдают этой болезнью. Хроническим простатитом страдают от 30 до 58 % мужчин (С. В. Проскура, 1970; Д. В. Кан, 1980; О. Л. Тиктинский, 1984). В. Н. Беспалов и соавторы (1947) выявили простатит у 70 % мужчин, лечившихся в артрологическом санатории. В. D. Bennet и соавт. (1990), выполнившие патологоанатомическое исследование 150 мужчин, умерших в возрасте наивысшей половой активности (от 16 до 42 лет), которые не предъявляли при жизни жалоб, свидетельствовавших о простатите, выявили воспалительный инфильтрат в предстательной железе в 110 (73%) случаях. В. А. Савинов (1998) пишет, что каждый мужчина репродуктивного возраста носит в себе свой простатит, однако часто заболевание протекает бессимптомно.

Причем, заболеваемость простатитом растет. Основные причины такого роста — малоподвижный образ жизни, беспорядочная половая жизнь, бесконтрольное применение антибактериальных и других медицинских препаратов,

аллергизация человека, низкий уровень половой культуры населения, снижение качества и эффективности профилактической и лечебной работы медицинских учреждений вследствие недостаточного их финансирования. Необходимо сказать и о прогрессирующем росте заболеваний передающихся половым путем как следствие беспорядочной незащищенной сексуальной жизни и, о профессиональной проституции, представляющей собой нерегулируемый и неконтролируемый очаг инфекции.

В последнее время участились случаи скрытого, бессимптомного развития воспалительного процесса в течение длительного времени. Простатит выявляется в поздней, запущенной стадии с различными осложнениями. Развиваясь незаметно, на фоне застойных явлений в предстательной железе после присоединения инфекции, особенно при заболеваниях, передающихся половым путем, он протекает как вялотекущий хронический воспалительный процесс, который может привести к рубцово-склеротическим изменениям (О. Л. Тиктинский, С. Н. Калинина, 1994).

Незнание первых признаков болезни, обращение к неквалифицированным медицинским работникам, не соблюдение должным образом всех предписаний врача способствуют тому, что заболевание принимает длительное хроническое течение, которое и в последующем плохо поддается излечению.

Существующая молва о трудноизлечимости, даже неизлечимости простатита, пугает многих пациентов и очень часто способствует развитию различных невротических состояний, поддержанию постоянной подавленности, бессоннице. Больной не верит ни себе, ни в возможности своего организма, ни врачу. Подавленность, постоянное акцентирование внимания на своих переживаниях, с одной стороны, раздражительность,

вспыльчивость - с другой, способствуют тому, что больному все труднее и труднее становится адекватно общаться с окружающими. Возникают различные конфликты дома и на работе.

II. АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Предстательная железа, или простата, - округлое образование размерами в среднем 42 x 42 x 25 мм и массой около 20 г. При ощупывании железы через задний проход форма ее напоминает каштан - округлый, с неглубокой широкой бороздой по вертикали, плотно-упругий на ощупь. Предстательная железа располагается в корне полового члена, перед прямой кишкой, под мочевым пузырем, охватывая кругом заднюю часть мочеиспускательного канала. Больной и сам может попробовать прощупать простату, круглое образование, массируя середину промежности большим пальцем, при расслабленных мышцах промежности.

Само расположение предстательной железы рядом с двумя "резервуарами для отходов" - мочевым пузырем и прямой кишкой делает ее уязвимой к различным токсинам, микробным и другим факторам. Близость и функциональная взаимосвязь с семенными пузырьками, семявыносящими протоками, половым членом и яичками определяют те многочисленные осложнения, которые выявляются при его воспалении.

По своим очертаниям простата напоминает округлый треугольник, расположенный основанием вверх — к

мочевому пузырю, а вершиной вниз — к промежности. Основание предстательной железы сращено с шейкой мочевого пузыря, а сзади к ней прилегают семенные пузырьки. Она состоит из мышечной и железистой тканей; железистая ткань вырабатывает простатическую жидкость (секрет простаты) и гормоны, простагландины, биологически активные вещества (И. Ф. Юнда, 1989).

В разрезе она похожа на грецкий орех, имеет множество длинных извитых ходов с многочисленными ответвлениями, которые заканчиваются железами, вырабатывающими секрет.

Простата образуется во внутриутробном периоде у плода мужского пола на 12— 14-й неделе беременности под влиянием мужских половых гормонов. Недостаток выработки тестостерона и других гормонов у плода или избыток женских половых гормонов в организме матери могут привести к недоразвитию простаты, слабости ее мышечных или железистых составляющих.

В толще простаты, на вершине семенного бугорка, в мочеиспускательный канал впадают семявыносящие протоки (два выходных отверстия), по которым из яичек выходит сперма в момент семяизвержения. А вокруг них несколькими отверстиями открываются выходные протоки предстательной железы.

Семенной бугорок, набухая при половом возбуждении, перекрывает мочеиспускательный канал выше места поступления в него спермы и предупреждает возможность попадания спермы в мочевой пузырь (О. Л. Тиктинский, 1984).

Сосудистая система простаты очень богата. Она соединяется с артериями и венами прямой кишки и заднего прохода, мочевого пузыря, кишечника, крестцового сплетения геморроидальными венами. На долю простаты приходится не менее 50% объема крови, снабжающей органы малого таза в состоянии полового покоя, и более

80% крови — в состоянии сексуального возбуждения. Таким образом, подтверждается истина, высказанная еще древнегреческими врачами: "Простата — второе сердце мужчины".

ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ МУЖЧИНЫ ВЫПОЛНЯЕТ НЕСКОЛЬКО ФУНКЦИЙ

До периода полового созревания (13—14 лет) простата мальчика находится в "спящем" состоянии. Начиная с этого возраста, она все более активно функционирует. Полной функциональной зрелости простата достигает к 17 годам. Возрастное снижение функции предстательной железы начинается примерно с 40 лет, а после климакса (55—60 лет) резко снижаются ее как секреторная, так и мышечная функции. В простате все больше разрастается соединительная ткань.

Предстательная железа находится под контролем гормонов и сама вырабатывает простагландины и другие, биологически активные вещества, влияющие на жизнедеятельность всего организма (Л. П. Имшинецкая, 1983).

Сок предстательной железы во время полового акта смешивается со спермой и обеспечивает активность сперматозоидов, что повышает способность эякулята к оплодотворению. Секрет составляет до 25—35% объема спермы. Спермальная жидкость без сока предстательной железы функционально неполноценна (Ю. Н. Ковалев, 1971).

Простатическая жидкость, разжижая сперму, активизирует движение сперматозоидов. Сок простаты образуется постоянно, но в норме выделяется в мочеиспускательный канал только во время полового возбуждения и, особенно при семяизвержении (эякуляции). Хотя микроскопические количества простатического секрета могут выделяться с мочой (— до

0,5—2 мл в сутки).

Так называемый феномен Белова - это связь простаты и половой активности. Суть его состоит в следующем: если здоровый мужчина временно прекратил половую жизнь (например, командировка, отпуск, работа вахтовым методом и т. д.), то обратное всасывание неизрасходованного секрета простаты приводит к временному снижению функции яичек, уменьшению уровня половых гормонов и объема спермы. Половая система как бы "впадает в спячку". Учащение половой жизни после прошедшего периода воздержания приводит к усилению расхода секрета, что, в свою очередь, способствует уменьшению блокирующего действия на яички и постепенному нарастанию половой функции.

Предстательная железа имеет мышечные волокна. Мышечные волокна, находящиеся внутри простаты, образуют сфинктер вокруг перепончатой части уретры – жом, который позволяет мужчине удерживать мочу. Это так называемый наружный сфинктер, он отделяет висящую часть уретры от простатической части. Кроме того, ритмично сжимаясь, мышцы простаты выбрасывают секрет железы вместе со спермой при семяизвержении (Г. Г. Корик, 1975).

III. ПРИЧИНЫ ПРОСТАТИТА

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ.

Одной из частых причин простатита являются перенесенные заболевания, передающиеся половым путем (В. В. Делекторский, 1987; И. И. Ильин, 1991). Нередко простатит возникает в тех случаях, когда заболевание, передающееся половым путем, протекает скрытно и больной не знает о нем. Или же пациент или его партнерша не долечились от инфекции. Произошло повторное заражение. Так микроб, возбудитель болезни, очень часто

без ведома мужчины (хозяина, носителя инфекции) в нем присутствует и постепенно подтачивает его здоровье.

Продолжается рост регистрируемой заболеваемости хламидиозом, уреаплазмозом, микоплазмозом, которые в 40-60% являются причиной всей инфекционной патологии урогенитального тракта (А. А. Шаткин и др. 1979, 1983; А. Б. Багдасаров, 1982; В. В. Делекторский, 1984). Попадание микробного агента в предстательную железу вызывает развитие здесь воспалительного процесса, происходящее часто в период ослабления защитных сил организма при чрезмерных нагрузках, стрессовых ситуациях. Такие микроорганизмы, как гонококки, трихомонады, микоплазмы, хламидии, гарднереллы, кандиды, различные вирусы и другие возбудители болезней, передающихся половым путем, по данным различных авторов, могут локализоваться в предстательной железе. Изменился спектр микрофлоры, увеличилось количество штаммов микроорганизмов, сохранивших свои патогенные свойства после неполноценного, неадекватного предыдущего лечения. Моноинфекции стали казуистикой, в подавляющем большинстве случаев врач сталкивается с микст-инфекцией, вызванной тремя и более микроорганизмами.

В силу особенностей анатомического строения этого органа, его расположения в малом тазу рядом с мочевым пузырем, мочеиспускательным каналом и прямой кишкой, они довольно легко попадают туда и оказываются труднодоступными для антимикробных лекарств. В 1983 г. был открыт исследователем из Великобритании Kirby уретропростатический рефлюкс. Стало понятным, что элементарные тельца хламидий, имея размер около 300 нм, способны также проникать в простатические ацинусы, как и угольные частички в опытах Kirby.

Некоторые исследователи оспаривают значение инфекционного фактора в этиологии простатитов, называя

их вторичными, присоединяющимися к уже имеющейся патологии в простате. В. Н. Ткачук с соавт. (1989), Э. К. Арнольди (1997), считают, что проникновение инфекций в предстательную железу, как правило, происходит вторично на фоне имеющегося асептического дистрофического воспалительного процесса.

В зарубежной литературе последних лет термином "простатит" принято объединять как воспалительные, так и невоспалительные заболевания предстательной железы. Это Н. Вгиппег с соавт. (1983), В. Lawrence (1999), G. Y. Domingne, W.Y.G. Hellstrom (2000).

Многочисленные отечественные и зарубежные авторы указывают на роль возбудителей различных заболеваний, передающихся половым путем, как в отдельности, так и в различных ассоциациях, микст-формах, в этиологии и патогенезе простатита.

Мы считаем, дело в том, что не все бактериологические методы достаточно информативны, при тщательном поиске теми или иными современными методами мы все же находим микробные агенты в предстательной железе, которые являются причиной простатита. Наша точка зрения согласуется с исследованиями коллег из ряда стран.

Хотя роль хламидий, микоплазм, уреаплазм в развитии простатита дискутируется. Ряд отечественных и зарубежных врачей говорят об этом как об уже установившемся факте, обосновывая свою уверенность обнаружением этих микроорганизмов в предстательной железе и простате.

Чаще всего для обнаружения *C. Trachomatis* как наиболее достоверный используется метод выделения возбудителя на культуре клеток. Однако в случае простатита такая методика не всегда адекватна из-за возможного влияния ингибирующих веществ в секрете предстательной железы. Также крайне затруднительно

применять прямую иммунофлуоресценцию из-за малого количества эпителиальных клеток в секрете предстательной железы и в сперме.

Группа исследователей из США (L. M Shortliffe., R. G. Sellers Schuchter 1992) поставила перед собой задачу обнаружить основной этиологический агент хронического воспаления предстательной железы. И хотя ученых ждало разочарование, ряд интересных данных им все же удалось получить. Работа этих авторов заключалась в определении специфических IgA к ряду потенциальных этиологических агентов хронического простатита: *Chlamidia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Staphylococcus faecalis*, *Facteroides fragilis* и *Clostridium perfrincens*.

Вывод: почти у 30% больных с хроническим простатитом хламидии все же могли быть этиологическим агентом заболевания. Серьезное значение роли хламидий в этиологии простатита придают О. Л. Тиктинский, О. Н. Калинина в своей монографии “Хламидийный простатит” (2001 г.).

Согласно результатам исследований S. Mazzoli и соавт. (1996), доложенным на 3-м Съезде Европейского Общества по изучению хламидий, получены достаточно убедительные данные, подтверждающие хламидийное происхождение простатита, причем авторы считают, что патогенез хламидийного простатита носит явный иммунный характер.

В виду многих технических сложностей, так и не были созданы экспериментальные модели хронического хламидийного простатита. Как следует из представленных выше данных, вопрос о влиянии *C. Trachomatis* на развитие хронического простатита сложен и ответ на него неоднозначен. Исследования в этом направлении постоянно эволюционировали в течение последних 30 лет. Мнения ученых по этому вопросу в настоящее время варьируют от полного отрицания существования самого понятия

хламидийного простатита до безоговорочного принятия утверждения, что хламидии вызывают хронический простатит. Если суммировать процитированные выше данные (особенно весомыми при этом представляются нам работы с определением противохламидийных IgA в секрете железы и в эякуляте), то на сегодняшний день создается впечатление, что количество исследований, где достаточно убедительно показана роль *C. Trachomatis* в генезе хронического простатита, все же превышает такие, где эту роль проследить не удавалось (В. В. Чеботарев, 2001).

Результаты молекулярных исследований и применение специальных методов культивирования, направленных на обнаружение требовательных к питательным средам и труднокультивируемых бактерий в ткани и секрете предстательной железы, указывают на возможную этиологическую роль не только различных возбудителей заболеваний, передающихся половым путем (трихомониаза, гонореи, кандидоза, хламидии, генитальных микоплазм и вирусов). Среди культивируемых микроорганизмов, вызывающих бактериальный простатит, доминирует *Escherichia coli*. Кроме того, выделяют энтеробактерии, клебсиеллы, протей (Е. М. Меарес, 1980). Из предстательной железы выделяют также коагулазоотрицательные стафилококки, труднокультивируемые коринебактерии и другие микроорганизмы (G.Y. Domingue et al., 2000), которые могут быть рассмотрены как вызывающие простатит.

Бактериальный уретрит, в последующем и простатит может вызвать так называемая банальная флора. К. К. Сопиппа (1965) выделил из уретры 232 штамма микробов. Почти каждый мужчина является носителем условно патогенной бактериальной флоры – кишечной палочки, энтерококка, писал А. Е. Соловьев (1980). Н. М. Овчинников (1952) пишет: «...микробная флора здоровой уретры содержит от 10 до 26 видов бактерий, которые при неблагоприятных

обстоятельства для организма могут активизироваться».

*ЧАСТАЯ СМЕНА ПАРТНЕРОВ ПОВЫШАЕТ РИСК ЗАРАЖЕНИЯ
ВЕНЕРИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ, ПОПАДАНИЯ ДРУГИХ
БОЛЕЗНЕТВОРНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ, АКТИВАЦИИ УСЛОВНО
БОЛЕЗНЕТВОРНЫХ МИКРОБОВ, КОТОРЫЕ ДО ПОРЫ ДО ВРЕМЕНИ
СУЩЕСТВУЮТ НА СЛИЗИСТЫХ. В ПОСЛЕДУЮЩЕМ ПРИ
НЕСВОЕВРЕМЕННОМ И НЕДОСТАТОЧНО ЭФФЕКТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ
ЗППП ОСЛОЖНЯЮТСЯ ПРОСТАТИТОМ.*

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ДРУГИХ ОРГАНАХ.

Привести к заболеванию простаты могут также воспалительные процессы - в частности, в мочеиспускательном канале, в мочевом пузыре, в прямой кишке, реже - ангина, сепсис. Воспаление переходит на предстательную железу чаще с близлежащих, реже с отдаленных органов каналикулярным (через различные каналы и сообщения), лимфогенным (через лимфу) и гематогенным (через кровь) путями при ослаблении защитных свойств организма.

ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ...

Один из факторов, влияющих на заболевания предстательной железы. Переохлаждение снижает эффективность барьеров защитной системы организма, которые в обычных условиях препятствуют проникновению многочисленных микроорганизмов, населяющих все наши покровы и не причиняющих вреда здоровому закаленному человеку. Особенно имеет значение переохлаждение нижних конечностей, области таза. Переохлаждению подвержены мужчины, работа которых связана с пребыванием в холодное время на открытом пространстве, молодые люди, спортсмены, надевающие мокрое после тренировок нижнее белье на разогретое после душа тело, аксакалы, горцы, проводящие много времени на годекане, сидя на камнях, автомобилисты, вынужденные иногда лежать под машиной на голой земле (а это опасно даже в летний день!), рискуют и

мужчины, надевающие в холодную погоду брюки в обтяжку и куртку выше пояса.

ЗАСТОЙ КРОВИ В ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА.

Сегодня многие врачи говорят о том, что застойные явления в простате наблюдаются очень часто, более чем в $\frac{2}{3}$ случаев хронического простатита.

Застой крови в простате вызывает активизацию очагов существующих "в подполье" инфекций и развитие инфекционного процесса. Застой крови приводит к самым разнообразным изменениям в простате: нарушается питание органа, его инфекционная сопротивляемость, снижаются защитные свойства секрета простаты, накапливаются микроорганизмы и вредные продукты их жизнедеятельности.

МАЛОАКТИВНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.

Общий застой крови в органах малого таза происходит у мужчин, ведущих малоподвижный образ жизни, при сидячей работе, особенно у водителей, много времени проводящих за рулем автомашины. У древнегреческих врачей существовало понятие "скифская болезнь": боли в промежности, нарушения мочеиспускания, снижение потенции у мужчин, много времени проводящих в седле. Болезнь назвали по имени скифов — кочевого племени, мужчины которого проводили на лошади практически целый день. При верховой езде имеют место также удары снизу в промежность в течение длительного времени. Аналогичная ситуация может быть при езде на велосипеде, когда возникают те же патологические изменения.

ЗАПОРЫ. ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ. ПОГРЕШНОСТИ В ДИЕТЕ.

Как патологический процесс в соседних органах (проктиты, проктосигмоидиты, хронические парапроктиты, колиты и анальные трещины, ануситы, сигмоидиты), так и

длительные запоры, нарушения диеты, злоупотребление жирной, острой пищей и спиртными напитками способствуют застою крови в органах малого таза, ухудшению состояния предстательной железы с последующим ее воспалением.

ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ.

У 25% больных простатитом выявляются признаки венозной недостаточности в виде варикозного расширения вен нижних конечностей, геморроя, расширения вен семенного канатика и некоторых других сосудов.

НЕОРГАНИЗОВАННАЯ СЕКСУАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.

Одной из частых причин застоя крови в простате является нарушение режима половой жизни. Это могут быть прерванный, пролонгированный половой акт, петтинг, дизритмия половой жизни - чередование частых половых сношений с длительными воздержанием, сексуальная дисфункция. Происходит застой крови в органах малого таза и в предстательной железе с нарушением ее оттока крови, если у мужчины семяизвержение происходит реже, чем диктуется его физическими данными (возрастом и темпераментом). (Исключение составляют даосы, применяющие специальные техники тренировки, добиваясь оргазма без семяизвержения. Тренировка, различные упражнения йоги позволяют им избежать застойных явлений).

При возбуждении, при сексуальной стимуляции кровь устремляется одновременно в половой член и предстательную железу для обеспечения упругости эрекции. При получении оргазма и обычном проведении полового акта быстро открываются клапаны, задерживающие кровь, и половые органы освобождаются от ее излишка. Длительные воздержания, нарушения режима половой жизни, часто наблюдаются у молодых и не только молодых мужчин, долго

целующихся и возбуждающихся на первых свиданиях без семяизвержения, а это способствует застою крови в половых органах, создает продолжительное раздражение в этой области. При этом ухудшается доставка кислорода, питательных и других биологически активных веществ в предстательную железу, семенные пузырьки, яички и другие органы малого таза. Молодым людям, практикующим петтинг, длительные ласки без семяизвержения, известны тяжесть, боль в половых органах, опухание яичек как следствие таких приключений.

Регулярное повторение таких эпизодов, в конце концов, может вызвать снижение тонуса простаты и развитие простатита, различных патологических изменений, как у молодых, так и у взрослых мужчин, допускающих различные нарушения ритма половой жизни.

*НЕДОСТАТОЧНОЕ И НЕСБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ.
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И ЯТРОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ
ПРОТИВОИНФЕКЦИОННОЙ ЗАЩИТЫ. ЭКОЛОГИЧЕСКИ
НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ УСЛОВИЯ СУЩЕСТВОВАНИЯ.*

Эти неблагоприятные факторы могут снизить как местный, так и системный иммунитет, что может привести к внедрению и активному участию в воспалительных процессах банальной микрофлоры, ранее находящейся на уровне слизистой половых органов. Внедрение микроорганизмов чаще всего происходит из уретры, реже - другими путями (гематогенный, лимфогенный, уриногенный занос и пр.).

Заболеет мужчина простатитом или нет, во многом зависит все же от самого человека, хотя по наследству могут передаваться какие-либо анатомические особенности, предрасполагающие к воспалению предстательной железы.

ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ ПРОСТАТИТА

1. Факторы, не зависящие от мужчины, которые могут привести к простатиту:

- особенности строения самой простаты, ее венозной сети, которые могут привести к застою крови;
- особенности гормонального обеспечения;
- особенности нервно-рефлекторных взаимодействий с окружающими органами;
- снижение иммунитета.

2. Факторы, которых мужчина может избегать:

- инфекции, передающиеся половым путем;
- воспаления мочеиспускательного канала, почек, мочеточников, мочевого пузыря;
- нарушение ритма половой жизни (половое воздержание, излишества), переохлаждение;
- перегревание;
- малоподвижный образ жизни;
- длительное нахождение за рулем;
- травмы мочеполовых органов;
- приобретенное снижение иммунитета (в результате бесконтрольного применения антибиотиков, аллергизации любого вида и т. д.).

Сочетание нескольких факторов создает большую вероятность возникновения простатита. Инфекционные агенты, попавшие в простату, застойные явления и другие воздействия в конце концов могут вызвать воспаление.

Как для прорастания зерна необходима почва и почва бесплодна без зерна, так и инфекция не "прорастет" в не подготовленной к воспалению простате.

В тех случаях, когда имеет место предрасположенность к воспалению простаты, но мужчина бережет себя, не позволяя возникнуть способствующим факторам, т. е. проводит профилактику, — простатит предупреждается, мужчина сохраняет свое здоровье.

VI. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОСТАТИТА

Таблица № 1

Таблица №1 Основные методы обследования и их практическое значение

МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ
Анамнез, общий осмотр	Общее состояние, наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний
Анкета IPSS	Выраженность симптомов и соотношение ирритативных и обструктивных симптомов
Анкета QOL	Показатель качества жизни
Дневник мочеиспусканий	Характер нарушений мочеиспускания
Анкета оценки половой функции	Состояние половой функции
Пальцевое, ректальное исследование	Размеры и структура предстательной железы, исключение рака предстательной железы
Урофлоуметрия	Объективная оценка нарушений мочеиспускания
Биохимический анализ крови	Функциональное состояние верхних мочевых путей
УЗИ почек	
УЗИ предстательной железы или ТРУЗИ	Размеры и эхоструктура предстательной железы
Исследование давление/поток	Функциональное состояние мочевого пузыря степень обструкции
Общий анализ мочи	Наличие сопутствующей инфекции органов мочеполового тракта, в том числе хронического простатита
Посев мочи	
Анализ секрета простаты	
Анализ крови на PSA	Исключение рака предстательной железы
Биопсия простаты	

АНАМНЕЗ

(АНКЕТЫ, ОПРОСНИКИ, ДНЕВНИКИ – КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ВРАЧА)

Диагностика начинается с изучения жалоб больного, анамнеза. На этапе сбора анамнеза используется тест I-PSS, предложенный Y. C. Nickel и R. Socensen (1996) (таб. № 2), и шкала Quality of life – качества жизни (таб. № 3).

При обследовании каждого больного с симптомами нарушения мочеиспускания необходимо использовать международную систему суммарной оценки симптомов при заболеваниях простаты (Y-PSS) (см. таб. № 2).

В рамках определенной системы больному предлагается описать состояние своего мочеиспускания для определения характера и степени тяжести его расстройств.

Таблица-анкета содержит 7 вопросов и ответов в баллах от 0 до 6. Заполняется пациентом. Это как бы его жалобы, представленные в рамках опросника. Сумма баллов варьируется от 0 до 35, и в этом диапазоне выделяют 3 степени расстройств мочеиспускания: легкую (0-7), умеренную (8-19), тяжелую (20-35). Влияние последних на качество жизни оценивают по индексу QOL (от 0 до 6). I-PSS и QOL используют как для исходной количественной оценки симптоматики, так и для определения динамики заболевания. При обращении к врачу больной четко указывает на ведущий признак расстройств мочеиспускания, устранение которого облегчило бы его самочувствие и состояние. Как правило, это императивные позывы (когда пациенту приходится бежать в туалет при возникновении позывов к мочеиспусканию). Частое мочеиспускание днем и ночью, т. е. ирритативные симптомы.

Таблица № 2

Качество жизни в связи с имеющимися расстройствами и мочеиспускания.

Как бы Вы отнеслись к тому, если бы Вам пришлось жить с имеющимися у Вас урологическими проблемами до конца жизни?	Прекрасно	Хорошо	В общем удовлетворительно	Смешанное ощущение	В общем неудовлетворительно	Плохо	Очень плохо
	0	1	2	3	4	5	6

ИНДЕКС ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

QOL= _____

Таблица № 3

**Международная система суммарной оценки симптомов
при заболевании простаты (I-PSS)**

ФИО	Не было	Одно мочеис- пускание (один раз в сутки)	Менее, чем в половине мочеис- пускании	Пример но в половине мочеиспуск ании	Более, чем в половине мочеис- пускании	Почти всегда
Дата рождения Дата обследования						
1. В течение последнего месяца как часто у Вас было ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5
2. В течение последнего месяца как часто у Вас возникла потребность мочиться ранее, чем через 2 часа после последнего мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5
3. В течение последнего месяца как часто моче испускание было прерывистым?	0	1	2	3	4	5

4. В течение последнего месяца как часто Вы находили трудным временно воздержаться от мочеиспускания при возникновении позыва?	0	1	2	3	4	5
5. В течение последнего месяца как часто Вы ощущали слабый напор струи?	0	1	2	3	4	5
6. В течение последнего месяца как часто Вам приходилось прилагать усилия и натуживаться, чтобы начать мочеиспускание?	0	1	2	3	4	5
7. В течение последнего месяца сколько раз за ночь (начиная со времени, когда Вы легли спать и заканчивая временем подъема утром) Вам обычно приходилось вставать чтобы помочиться?	ни разу	1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	5 раз
	0	1	2	3	4	5
Суммарный балл IPSS = _____						

Больному выдается дневник мочеиспускания, для того чтобы он к следующему приходу ее заполнил. Желательно ведение дневника мочеиспускания не менее 3-х дней на этапе обследования и в последующем на этапе лечения, для того чтобы зафиксировать динамику происходящих изменений. В дневнике необходимо отмечать время вставания и отхода ко сну.

Таблица № 4

Практически здоровый мужчина мочится 5-6 раз в сутки, выделяет 200-300 мл мочи за один раз.

За первые 12 часов (с 6 до 18 часов) он выделяет до 60 % суточного количества мочи. Для получения более полной информации Н. А. Лопаткин с соавт. (2002) в НИИ урологии Минздрава РФ применяют анкетирование с использованием специальных опросников, разработанных на базе опросника J. C. Nickel и R. Sorensen в 1999 году (таб. № 5, 6).

Таблица №4.

ДНЕВНИК МОЧЕИСПУСКАНИИ

Пожалуйста, отметьте время вставания и отхода ко сну.

ОБРАЗЕЦ					ДЕНЬ 1					ДЕНЬ 2				
ВРЕМЯ	Объем выделенн ой мочи МЛ	Неотло ж ный позыв	Подтек а ние	объем выпитой жидкости МЛ	ВРЕМЯ	Объем выделенно й мочи МЛ	Неотло ж ный позыв	Подте ка ние	объем выпитой жидкост и МЛ	ВРЕ- МЯ	Объем выделе нной мочи МЛ	Неотло жный позыв	Подте ка ние	объем выпитой жидкости МЛ
ВСТАЛ 7.15	200	0	0											
7.30	100	+	0											
				400										
10.10	150													
				300										
11.30	275	+	0											
12.30	150	0	0	250										
15.00	220	0	0											
				300										
15.45	0	0												
17.30	175	0	0											

				250										
19.45	200	0	0											
				300										
21.30	175	0	0											
				250										
22.30	100	0	0											
ЛЕГ СПАТЬ														
3.30	250	0	0											
ВСЕГО														

Таблица №. 5

**Индекс частоты симптомов у больных ХП
(модификация НИИ урологии Минздрава РФ)**

Вопрос к больному	Ни разу	Эпизодически	Менее 1/2 времени	Около 1/2 времени	Более 1/2 времени	Почти всегда
1. Как часто за последнюю неделю Вы отмечали боль или дискомфорт над лоном, в паху	0	1	2	3	4	5
2. Как часто за последнюю неделю Вы отмечали боль или дискомфорт в области яичек, мошонки или полового члена	0	1	2	3	4	5
3. Как часто за последнюю неделю Вы отмечали боль или дискомфорт в промежности в области прямой кишки ⁹	0	1	2	3	4	5
4. Как часто за последнюю неделю Вы отмечали боль или дискомфорт в пояснично-крестцовой области ⁹	0	1	2	3	4	5
5. Как часто за последнюю неделю Вы отмечали боль или дискомфорт во время семяизвержения	0	1	2	3	4	5
6. Как часто за последнюю неделю Вы отмечали при мочеиспускании боль или чувство жжения'	0	1	2	3	4	5
7. Как часто за последнюю неделю Вы отмечали затруднение во время мочеиспускания	0	1	2	3	4	5
8. Как часто за последнюю неделю Вы отмечали затруднение при попытке задержать начало мочеиспускания	0	1	2	3	4	5

	Ни разу	1раз 2раза	3 раза 4 раза	5 раз и более
9. Как часто за последнюю неделю Вам приходилось вставать ночью, чтобы помочиться	0	1 2	3 4	5
	До 6 раз	7—8 раз 9 раз	10 раз 11 раз	12 раз и более
10. За последнюю неделю сколько раз в течение дня Вам приходилось мочиться	0	1 2	3 4	5

Суммарный балл (заполняется врачом) 1 (0—50)

Таблица № 6

Визуальные шкалы и индекс тяжести симптомов у больных ХП (модификация, НИИ урологии МЗРФ)

	Нет боли	Сильная боль
1. Боль или дискомфорт над лоном, в верхней части бедра или в паху	0	10 см
2. Боль или дискомфорт в области полового члена, яичек или мошонки	0	10 см
3. Боль или дискомфорт в промежности, в области прямой кишки	0	10 см
4. Боль или дискомфорт в области поясницы	0	10 см
5. Боль или дискомфорт при семяизвержении	0	10 см
6. Жжение или боль при мочеиспускании	0	10 см
7. Дискомфорт или затруднение при мочеиспускании	Не беспокоит 0	Очень беспокоит 10 см
8. Трудно задержать начало мочеиспускания	0	10
9. Частое мочеиспускание	0	
10. Боль при ректальном исследовании	Нет боли	Сильная боль
	0	10 см

Суммарная оценка (см) (заполняется врачом). Суммарный балл (заполняется врачом) U (0—100 см).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Длина каждой визуальной шкалы в таблице 3 и 4 составляет 10 см. При обследовании пациента на этапе обработки информации (жалобы, анамнез) может быть использована таб. №7.

Таблица № 7.

Шкала симптомов ХП Национального института здоровья (NIH CPSI)

<i>Боль или дискомфорт</i>	
1. Приходилось ли Вам в течение последней недели испытывать боль в следующих областях	Да Нет
А. В области промежности	Да 1 Нет 0
Б. В области мошонки	Да 1 Нет 0
В. В области полового члена вне акта мочеиспускания	Да 1 Нет 0
Г. В нижних отделах живота	Да 1 Нет 0
2. Ощущали ли Вы в течение последней недели?	
А. Боль или жжение при мочеиспускании	Да 1 Нет 0
Б. Боль или дискомфорт во время эякуляции	Да 1 Нет 0
3. Как часто Вы испытывали в течение последней недели боль или дискомфорт в любой из выше перечисленных ситуаций	Никогда 0 Изредка 1 Иногда 2 Часто 3 Обычно 4 Всегда 5
4. Укажите степень боли дискомфорта по шкале нет боли 012345678910 непереносимая боль Мочеиспускание	

5. Как часто в течение последней недели Вы испытывали чувство неполного опорожнения мочевого пузыря"	Никогда 0 Менее чем 1 из 5 раз 1 Менее 1/2 случаев 2 Около 1/2 случаев 3 Более 1/2 случаев 4 Почти всегда 5
6. Как часто Вам приходилось мочиться чаще, чем через 2 ч после последнего мочеиспускания <i>Влияние на качество жизни</i> 7. Приходилось ли Вам воздерживаться от дел, которые Вы обычно делаете, из-за имеющихся у Вас проявлений заболевания 8. Как часто Вам приходилось думать о симптомах в течение последней недели⁹ <i>Качество жизни</i> 9. Как бы Вы отнеслись к тому, если бы Вам пришлось жить с имеющимися урологическим проблемами до конца жизни	Никогда 0 Менее чем 1 из 5 раз Менее 1/2 случаев 2 Около 1/2 случаев 3 Более 1/2 случаев 4 Почти всегда 5 Нет 0 Изредка 1 Иногда 2 Часто 3 Нет 0 Изредка 1 Иногда 2 Часто 3 Отлично 0 Хорошо 1 Удовлетворительно 2 Смешанное чувство 3 Неудовлетворительно 4 Плохо 5 С ужасом 6

Боль (1АБВГ, 2, 3, 4)Дизурия (5, 6)Качество жизни (7, 8, 9)

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ПРОВЕДЕНИЮ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

1. Больному назначается время, когда он должен придти на сдачу анализов, на проведение различных других исследований. Чаще всего больному назначается время на следующий день утром. Мужчина должен воздержаться от утреннего мочеиспускания или же соблюдать перерыв 4 и более часов после последнего мочеиспускания, иначе со стенок слизистой мочеиспускательного канала струей мочи смывается то, что может быть взято на исследование (слизь, секрет уретральных желез, сок простаты, лейкоциты, эпителиальные клетки, различные микроорганизмы, составляющие гной или другие уретральные выделения).

2. Больной также предупреждается о том, что желательно, чтобы половые органы мужчины были чистыми, т. е. лучше за 1-2 часа до посещения врача обмыть половые органы рукой с мылом, но при этом, не «отжимая» из мочеиспускательного канала уретральное содержимое.

3. При скрытых формах инфекций, хронических воспалительных процессах, особенно когда мужчина практикует незащищенный секс с различными партнершами, необходимо провести провокацию накануне вечером.

Провокация на выявление заболевания

При латентном, хроническом течении воспалительного процесса в исследуемом материале не всегда присутствуют возбудители ИППП в достаточном для обнаружения их количестве. Потому прибегают к различным формам провокаций, повторных исследований, посеву на различные среды.

Отсутствие трихомонад, гонококков, других возбудителей инфекций, передающихся половым путем, в ответе анализа

еще не означает, что человек здоров. И дело не в квалификации лаборанта, не в оснащении и возможностях лаборатории данного медицинского учреждения, хотя все это, конечно, имеет большое значение в выявлении той или иной инфекции. Лаборант в том поле зрения (их он может посмотреть десятков) микроскопа не обнаружил микроба. Или его вовсе нет там (в данном материале, доставленном в лабораторию), или его так мало, что он не попал в поле зрения исследователя.

Отсутствие микроба в исследуемом материале может быть при старой хронической инфекции. Когда микробы скрыты глубже, спрятаны (в эпителиальных клетках, в фагоцитах, макрофагах, нейтрофилах, в простейших, в тех же трихомонадах и т. д.), для их активации, выхода на поверхность необходимо ослабление этих установившихся взаимоотношений макро- и микроорганизма, какая-нибудь чрезвычайная ситуация.

Искусственно такая чрезвычайная ситуация часто создается при подозрении на латентные, скрытые формы течения инфекции, для определения излеченности после завершения лечения, при всех сомнительных ситуациях. Это так называемая процедура провокации.

Различают пищевую провокацию, когда пациенту накануне вечером (иногда несколько дней подряд) предлагают прием острой, соленой пищи, специй, алкогольных напитков (чаще пиво, сухое вино). Медикаментозная провокация проводится также накануне вечером (иногда 1-2 дня подряд) в основном инъекцией: пирогенала, гоновакцины, инстилляций в мочеиспускательный канал различных местно-раздражающих растворов.

После провокации, особенно медикаментозной, нередко повышается температура тела, появляется ломота в мышцах, суставах, боли в области половых органов, в пояснично-

крестцовом отделе, внизу живота, появляются или усиливаются выделения из уретры, в исследуемом материале же выявляются те или иные возбудители.

ВЗЯТИЕ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проблемы, которые могут возникнуть во время взятия материала для исследования

Во время проведения процедуры - взятия мазка, соскоба из уретры, сока простаты, уретроскопии, катетеризации и т. д., - особенно когда процедура выполняется впервые (при болезненном и длительном ее выполнении), возможны вегетативные реакции (приступы слабости, головокружения, тошноты, вплоть до кратковременной потери сознания). Наиболее подвержены этому мужчины холерического, меланхолического темперамента. Реакция связана не с проведением самой процедуры, а с эмоциональной реакцией на непривычное, дискомфортное воздействие.

Часто пациент, стесняясь своего состояния, не сообщает врачу о плохом самочувствии. В этом случае у пациента при проведении манипуляции может неожиданно для врача развиваться обморочное состояние. Предвестниками являются внезапная бледность кожных покровов, пот, выступивший на лбу, учащенное дыхание, неустойчивость (вследствие головокружения).

При возникновении головокружения, потемнения в глазах, появления пота на лице и туловище, потере равновесия необходимо прервать процедуру, посадить пациента на кушетку (стул), голову опустить до уровня колен или уложить на кушетку с приподнятыми ногами, дать понюхать нашатырный спирт, иногда - похлопать по щекам.

При повторных манипуляциях, как правило, подобных проблем не возникает.

Иногда у пациентов может сформироваться боязнь к проведению забора материала из уретры (чаще это связано с резко болезненным или дискомфортным проведением аналогичной процедуры в анамнезе, иногда это проявление боязни проведения любых манипуляций). Рекомендуется после предварительной психопрофилактики (описание техники манипуляции, обещание ее кратковременности и малоболезненности, ссылка на других пациентов) произвести быстрый и качественный забор материала. Тогда при повторном получении материала из уретры пациент будет гораздо более спокоен и позволит провести манипуляцию более качественно.

Получение материала для проведения диагностических исследований из уретры (мазки, отпечатки, соскобы)

Для исследований может производиться забор как уретрального содержимого из ладьевидной ямки и дистальных отделов уретры, так и клеточного материала со стенок уретры **на предметное стекло**. Исследование проводят в нативном виде, сразу нанося на теплое предметное стекло для выявления трихомонад или высушивая и в дальнейшем окрашивая. Наилучшее расположение клеток для микроскопии - плотное, в один слой, потому что при взятии мазка стараются наносить его тонким ровным слоем на предметное стекло. Слишком «толстый» мазок плохо пропускает через себя свет, клетки флоры наслаиваются друг на друга.

Для люминесцентной микроскопии материал рекомендуется брать на специальные деколированные (закрашенные, с прозрачными «глазками») предметные стекла, помещая исследуемый материал только в определенные зоны (для удобства просмотра, экономии реактивов и возможности различных вариантов окраски

материала, расположенного на одном стекле).

Для проведения бактериологических исследований или для выявления возбудителей методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) материал - соскоб - берется в специальные контейнеры со средой.

Наиболее простым способом получения материала является его отжимание из дистальных отделов уретры на предметное стекло. Для этого проводится продольное отжимание уретры (возможно с предварительным поперечным массажем для увеличения количества клеток со стенок) со всего протяжения, где уретра пальпируется (от области промежности). Количество материала, которое можно получить данным способом (при отсутствии выраженного воспалительного процесса), крайне незначительное.

В таких случаях содержимое уретры можно получить с **помощью различных приспособлений (желобоватый зонд, ложка Фолькмана, специальные одноразовые ершики, щеточки, зондики)**. Их использование вызывает гораздо более выраженные болевые ощущения и травматизацию уретры. Для наименее травматичного и наименее болезненного получения материала рекомендуется перед введением в уретру смачивать инструмент в стерильном физиологическом растворе. Остаточные капли раствора при малом количестве или высокой густоте содержимого уретры способствуют разжижению материала и более ровному его нанесению на предметное стекло.

Большое значение при обследовании больного с хроническим простатитом имеет исследование на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Это один из основных этапов обследования больных с хроническими заболеваниями урогенитального тракта.

Исследование мазков, соскоба уретральных

выделений, осадка мочи, сока простаты, спермы, как в нативном виде, так и после окраски различными красителями, наиболее часто метиленовой синью, по Грамму, Романовскому-Гимзе остается одним из простых, широко распространенных методов диагностики гонореи, трихомониаза, гарднереллеза, кандидоза и т.д.

Для выявления таких микроорганизмов, как хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, цитомегаловирус и другие вирусные инфекции, которые трудно выявляются при обычной световой микроскопии, применяются: **иммунофлюоресцентный, иммуноферментный, метод ДНК-зондов, ПЦР и другие реакции.**

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП), И ТРАКТОВКА ЕЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В настоящее время как в целом по России, так и по регионам разворачивается все большее число лабораторий по диагностике ИППП – хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, гарднереллы, цитомегаловирусной инфекции, генитального герпеса и других инфекций. Все чаще применяются различные скрининговые методы.

Вместе с тем необходимо помнить, что результаты различных методов диагностики этих инфекций не всегда оцениваются однозначно. При оценке результатов необходимо иметь в виду не только метод исследования, но и квалификацию персонала и оснащенность лаборатории, в которой проводилось исследование, анамнез, топический диагноз, данные исследования партнера и др.

ИФА

Серологический метод выявления антител к возбудителям ИППП прост в исполнении и может быть применен как метод скрининга. При положительном результате иммуноферментного анализа (ИФА) должно быть проведено подтверждение другим методом или повторным серологическим исследованием после наблюдения за титром реакции. Выявление антител в низких титрах в сыворотке, в спермальной жидкости может быть как "следовая" реакция после перенесенной ИППП.

ПИФ

Основным методом диагностики уреаплазмы, микоплазмы, хламидии и ряда других ИППП во всем мире является прямая иммунофлюоресценция (ПИФ) с использованием моноклональных антител к наружной мембране возбудителя. Обнаруживается возбудитель ИППП в материале с того места, откуда он был взят.

Если материал скудный (процесс может локализоваться изолированно в задней уретре, простате, семенных пузырьках и других очагах при осложненной форме воспалительного процесса), можно получить ложноотрицательный результат.

Недостатком этого метода также является то, что обнаружение наружной мембраны патогенов ИППП еще не является доказательством присутствия жизнеспособного микроорганизма. Таким образом, можно получить и ложноположительный результат. Для исключения ложноотрицательных и ложноположительных результатов применяется повторное обследование больного.

ПЦР

Помимо диагностики с помощью моноклональных антител все большей популярностью пользуется полимеразная цепная реакция (ПЦР). С помощью этого метода обнаруживают возбудитель заболевания уже по

нескольким молекулам ДНК. Этот высокочувствительный метод исследования, казалось бы, позволяет безоговорочно судить о наличии ИППП. Действительно, его преимущества велики, однако есть опасность гипердиагностики ИППП при его широком внедрении в практику в качестве диагностического метода.

Недостатком метода является также частота ложноположительных результатов и невозможность отличить погибший патоген ИППП от жизнеспособного. Этому способствует и то, что разнятся по объективности праймеры выпускающих фирм; с другой стороны, в некоторых лабораториях нарушается технологический цикл. Некоторые врачи при получении отрицательного анализа ПЦР гарантируют на 100% отсутствие исследуемых патогенов у пациента. На практике это не соответствует действительности. Изолированная локализация процесса в простате, семенных пузырьках, в области задней уретры при латентном течении хронического воспалительного процесса может дать отрицательный результат ПЦР-исследования.

При такой изолированной локализации ИППП, когда получены отрицательные результаты исследования и ПЦР, и реакции иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител, инфекция может быть обнаружена с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Нередко приходится прибегать к повторному обследованию или с самого начала параллельному использованию двух различных методик.

Положительный результат исследования на ИППП не всегда означает, что тут же надо проводить лечение и особенно по принципу возбудитель ИППП - антибиотик. Особенно сложности возникают при установлении излеченности и выборе дальнейшей тактики при обнаружении микоплазм, уреаплазм,

гартнерелл и других патогенов после проведенной терапии.

Использование различных методов диагностики, сопоставление результатов с данными анамнеза и результатами обследования партнера, грамотная интерпретация результатов анализов клиницистом поможет избежать ошибок - как гипердиагностики с нежелательной длительной антибактериальной терапией, так и гиподиагностики с отсутствием адекватного лечения.

ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ

Одним из достаточно информативных при диагностике заболеваний простаты остается старый метод пальцевого исследования предстательной железы, который дает представление о картине изменений простаты при самых различных заболеваниях, в том числе и при хроническом простатите.

Достаточно подробно она расписана А. В. Сагаловым (2002). Я подробно останавлиюсь на этом вопросе, т. к. эта процедура вызывает крайне негативное отношение пациентов. Сама процедура воспринимается некоторыми пациентами в какой-то мере как «изнасилование». Поэтому реакция на процедуру и даже на ожидание процедуры (особенно первой) может быть резко негативной. Этому способствует как плохая информированность пациентов, так и неквалифицированность, порой грубые нарушения в ее проведении со стороны медицинского персонала. Пальцевые исследования предстательной железы - врачебная процедура, и ее должен провести сам врач, не перепоручая среднему медицинскому персоналу. Необходима психологическая подготовка пациента к процедуре, сама процедура должна проводиться в

изолированных, комфортных условиях и быть максимально быстрой и малоболезненной.

Если исследование проводится впервые, необходимо обязательно объяснить пациенту последовательность действий при проведении процедуры и те ощущения, которые он может испытать. Исследование можно проводить в положении пациента:

- на кушетке на коленях, опираясь локтями на кушетку;
- на кушетке лежа на боку с поджатыми к груди коленями;
- на стуле на корточках (сильно присев), держа руки за спинку стула или дужку кровати (корпус тела расположен вертикально).

С нашей точки зрения, наиболее удобным является введение пальца в прямую кишку в положении пациента на коленях, опираясь локтями на кушетку, раздвинув и приподняв ягодицы, максимально наклонившись корпусом (грудью) вниз. После введения пальца можно предложить пациенту выпрямиться, для того чтобы улучшить доступ к семенным пузырькам. Второй рукой можно фиксировать мужчину за нижнюю часть живота, поддерживая его в одном и том же положении.

Интроректальная пальпация простаты в значительной мере позволяет получить представление о характере ее патологии, особенно при бимануальном ее ощупывании, т.е. при ее пальцевой ректальной пальпации, сочетаемой с надавливанием левой ладонью на нижний отдел брюшной стенки в надлобковой области (Р. М. Франштейн, 1949; Э. К. Арнольди, 1999). Для проведения массажа должна использоваться одноразовая резиновая перчатка.

Перед введением указательный палец обильно смазывается вазелином (вазелиновым маслом, глицерином). Лучше использовать все же вазелин (т. к. вазелиновое масло, глицерин, мыло слишком жидкие и, как правило, смазывают только наружную область сфинктера, поэтому при дальнейшем введении пальца вызывают болевые ощущения в

области анального отверстия). Плохое или неполное смазывание пальца вазелином приводит к резкому раздражению слизистой ануса в области сфинктера. В последующем при проведении лечебного массажа простаты можно использовать самые различные лекарственные препараты на мазевой основе.

Перед введением пальца ягодицы рекомендуется раздвинуть для более легкого доступа к анусу. При наличии выраженного оволосения в области ануса необходимо пальцами левой руки (одетой, соответственно, в перчатку) развести волосы для предотвращения их затягивания в анальное отверстие во время процедуры и возникновения болевого синдрома.

Введение пальца через сфинктер анального отверстия должно проводиться очень медленно, аккуратно. Резкое растяжение спазмированных мышц анального сфинктера всегда болезненно. Как правило, мужчины негативно относятся к необходимости проведения такой процедуры, особенно в первый раз, и их напряжение усиливает болезненность процедуры. Необходима как психологическая подготовка пациента, так и большая осторожность в проведении. Введение пальца должно осуществляться медленно, непосредственно по центру анального отверстия.

Ноготь на указательном пальце, которым проводится массаж, должен быть тщательно подстрижен для предотвращения механической травматизации тканей прямой кишки, уменьшения болевого синдрома при проведении массажа, а также для предотвращения разрыва перчатки во время процедуры. Перчатка на введенном пальце не должна иметь складок.

Длины указательного пальца вполне достаточно для введения его в прямую кишку до уровня предстательной железы у большинства пациентов. Простата, как округлое образование, прощупывается под введенным до упора

пальцем. У крупных мужчин, особенно имеющих большое количество избыточной жировой клетчатки в области таза и ягодиц, массаж железы может быть проблематичен. В этом случае положение «на стуле на корточках» наиболее предпочтительно.

Перед введением пальца необходимо осмотреть анальное отверстие на предмет наличия деформации, геморроидальных узлов, трещин заднего прохода, папиллом (кондилом), которые сами по себе имеют определенное диагностическое (и дифференциальное диагностическое) значение, а также могут повлиять на проведение исследования.

Массаж начинается с осторожного прощупывания, пальпации симметричных участков и просьбы к пациенту сравнить ощущения справа и слева в верхней, средней и нижней частях каждой доли. Затем производится непосредственное массирование железы от краев к центральной ее части с «выталкивающими» надавливаниями сверху вниз на центральную борозду. Сила воздействия не должна превышать болевой порог. Длительность самого массажа при обследовании не должна превышать 3-х минут, лечебный же массаж длится 2 минуты.

Определяются следующие параметры состояния железы: размер, форма, взбухание в просвет прямой кишки, консистенция, однородность, болезненность.

Пальпаторно размеры предстательной железы в норме могут достаточно сильно отличаться от крайне малых до очень крупных, значительно выступающих в просвет прямой кишки, в зависимости от телосложения (при избыточном весе, «глубоком» расположении железы).

Железа, как правило, представляет собой симметричное, округлое, выпуклое образование с бороздкой, делящей ее на правую и левую доли. Взбухание в просвет прямой кишки у обеих долей также должно быть симметричным в виде двух умеренно выраженных бугорков, слегка разделенных

бороздкой. Изменение симметричности железы при пальпации (как долей между собой, так и локальных участков) может быть вариантом нормы или признаком патологических изменений (доброкачественная гиперплазия, рак, кисты, абсцессы и т. д.) и требует дальнейших диагностических исследований. Серединная бороздка может быть выражена значительно или практически совсем отсутствовать.

Консистенция железы при пальцевом исследовании в норме плотно-эластичная. Дряблая, тестообразной консистенции железа бывает при атонии. Плотной и даже деревянистой консистенции железа становится при доброкачественной гиперплазии, опухолях, абсцессах или при выраженных склеротических процессах. При хроническом простатите размеры простаты могут быть близки к размерам здоровой железы, но поверхность ее неоднородная, представляется как череда участков размягчения и уплотнения. Часто простата отечна, увеличена в размерах, срединная борозда сглажена.

При склеротической стадии простата уменьшена, как правило, безболезненна, поверхность бугристая, границы четкие. Консистенция железы плотная, неэластичная. Получить секрет затруднительно даже при длительном, интенсивном массаже.

После проведенного массажа, после нормальной эвакуации содержимого в просвет мочеиспускательного канала железа становится более мягкой, иногда даже дряблой.

Наличие пальпируемых образований может быть связано не только с состоянием простаты, но и с прямой кишкой, соединительно-тканной прослойкой между ними. Смещение этих образований при перемещении пальца относительно стенки прямой кишки позволит уточнить их локализацию в предстательной железе или вне ее.

Семенные пузырьки расположены выше предстательной железы, поэтому их полноценное пальцевое исследование и получение материала осуществляется более глубоким введением пальца при выполнении процедуры. Оптимальной является поза на корточках на стуле. Могут выявляться их болезненность, уплотнение, другие изменения.

ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРОСТАТЫ ПРИ МАССАЖЕ

При правильном проведении пальцевого исследования простаты пациент может жаловаться на дискомфорт. Сама по себе пальпация простаты для мужчины неприятна, возникает чувство давления, выхода мочи в мочеиспускательный канал, императивный (неотложный) позыв. Но болевых ощущений не должно быть. Болезненные ощущения в области анального отверстия могут возникнуть в следующих случаях:

- при некорректном проведении методики, чрезмерно сильном надавливании на железу и стенки прямой кишки, наличии анальной трещины, геморроидальных узлов и т. д.;
- при наличии спаек, рубцовой деформации в малом тазу, в зоне проведения исследования;
- при заболеваниях простаты, наличии включений в ткани железы невоспалительного и незастойного характера (конкременты, кисты, рубцы и т. д.);
- при наличии воспалительных или застойных явлений в железе.

ЛЮБЫЕ СОМНЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО СОСТОЯНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРЯМОЙ КИШКИ, ДРУГИХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА, ВОЗНИКШИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАЛЬЦЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ДОЛЖНЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО УТОЧНЯТЬСЯ ИЛИ ИСКЛЮЧАТЬСЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ (УЗИ, ТРУЗИ) И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ (РЕКТОРОМАНОСКОПИЯ, УРЕТРОСКОПИЯ,

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ЦИТОЛОГИЯ, БИОПСИЯ)!

Заканчивать пальцевое исследование этих органов необходимо их массажем с получением секрета для микроскопического исследования сока предстательной железы.

При простатите выделяется секрет, состоящий из гноя и продуктов распада тканей железы. Осмотр же сопровождается сильными позывами на мочеиспускание и болями, его провоцирует прикосновение к воспаленному мочеиспускательному каналу.

При массаже дряблой железы со сниженным тонусом может быть значительное выделение простатического секрета с большой примесью сперматозоидов. Это связано, в том числе и с гипотонией или даже атонией отверстий семявыбрасывающих протоков сперма поступает в уретру и простату постоянно.

ВЗЯТИЕ СЕКРЕТА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СОДЕРЖИМОГО СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Оптимальным условием подготовки к получению секрета простаты для лабораторного исследования считается отсутствие семяизвержений в течение 1 суток исследованием (А. В. Сагалов, 2002). Хотя и с некоторыми затруднениями (более интенсивный массаж простаты), у большинства мужчин возможно получение секрета простаты даже сразу после семяизвержения.

Перед проведением манипуляции рекомендуется предложить больному помочиться (чтобы смыть содержимое уретры) и после этого тщательно отжать уретру (чтобы остаточная моча не смешалась с получаемым секретом простаты и не исказила результат). Производится пальцевой изгоняющий массаж предстательной железы. Цель манипуляции - получить

необходимое для исследования количество секрета простаты с минимальной болезненностью и дискомфортом для больного.

Как и при получении материала из уретры, возможны неадекватные эмоциональные и физиологические реакции вплоть до потери сознания (коллаптоидного состояния).

Во время проведения массажа пациент не всегда может «поймать» капельку, появившуюся из уретры, на предметное стекло. Лучше, когда врач, проводящий процедуру, берет каплю секрета. Для этого пациенту предлагается сжать двумя пальцами головку полового члена, чтобы после массажных движений капля сока простаты не упала. Врач держит предметное стекло. Часто возникает необходимость подождать некоторое время, предложить пациенту встать на ноги. Необходимо порекомендовать пациенту для скорейшего получения капли секрета простаты попробовать слегка отжимать мочеиспускательный канал.

Существуют три основных варианта массажных движений пальца при проведении процедуры (И. Ф. Юнда, 1980; А. В. Сагалов, 2002):

1. движение восьмеркой, положенной на бок (через центральную борозду и по краю долей;
2. от боковых краев к центральной борозде и затем по центральной борозде сверху вниз;
3. «воронкообразный» массаж (от периферии к центру с надавливанием на центральную часть железы).

Длительность самого массажа для взятия секрета не должна превышать 3–х минут. Если за это время пациент не получил каплю секрета на стекло, массаж необходимо прекратить и получить материал путем изгоняющего массажа уретры на всем доступном протяжении или с помощью ложки Фолькмана (желобоватого зонда).

Количество и качество полученного материала могут

очень сильно отличаться у разных пациентов. Иногда не удается получить содержимое предстательной железы даже после длительного и интенсивного массажа.

Можно попробовать повторить отжимание уретры через 15-20 минут после процедуры в расчете на самостоятельное стекание секрета простаты из вышележащих отделов. Если и так не удастся получить секрет, берется порция мочи (2-3 мл) (это исследование осадка первой порции мочи после массажа предстательной железы), которая представляет собой смыв содержимого уретры мочой. Можно взять порцию мочи до массажа и после, сравнивая их, получить представление о процессе в простате.

Для проведения микроскопии вполне достаточно одной небольшой капли секрета простаты.

Если нет возможности организовать исследование нативного секрета простаты в ближайшее время после его получения, то рекомендуется сделать мазок на предметном стекле и высушить его. В этом виде материал может храниться длительное время.

Микроскопическое исследование сухого секрета простаты (с его разведением физраствором или окраской) часто приводит к затруднению просмотра и искажению полученного результата (см. ниже). Поэтому все-таки самым качественным и высокоинформативным является исследование нативного секрета простаты непосредственно после его получения.

Получение материала непосредственно из семенных пузырьков с практической точки зрения вызывает значительные затруднения. Массаж только семенных пузырьков возможен лишь у пациентов небольшого роста при достаточной длине пальца врача в положении «на стуле на корточках». Даже в этом случае врач, скорее всего, получит смесь секрета простаты и содержимого семенных

пузырьков с добавлением большего или меньшего количества содержимого уретры.

Исследование секрета (сока) предстательной железы. Анализ сока простаты - информативный метод выявления состояния простаты. Воспаление простаты характеризуется наличием в препарате более 10—15 лейкоцитов в поле зрения и снижением количества лецитиновых зерен. Количество лецитиновых зерен в соке простаты должно быть большим. В норме сок простаты зернистый. Уменьшение лецитиновых зерен говорит о некачественности сока, что может явиться следствием гормональных нарушений, воспалительных заболеваний, обменных и других изменений, происходящих в предстательной железе. Обнаружение десквамированного эпителия в большом количестве, макрофагов и гигантских клеток, амилоидных телец и кристаллов холестерина расценивают как наличие воспалительного процесса в простате.

Феномен кристаллизации носит вспомогательный характер. Для его определения каплю простатического секрета наносят на предметное стекло и дают высохнуть. Затем наносят на нее каплю физиологического раствора и также дают высохнуть. После этого препарат микроскопируют при малом увеличении микроскопа (окуляр х 7, объектив х 8). Микроскопическую картину сравнивают со стандартными микрофотографиями феномена кристаллизации секрета предстательной железы, взятыми из специальной литературы. При отсутствии воспалительного процесса в предстательной железе, в норме, получившаяся картина напоминает лист папоротника (+++). При воспалении с уменьшением выработки половых гормонов наблюдаются лишь фрагменты такого рисунка. При воспалительном процессе начальной стадии листья папоротника сохраняют структуру, но картина бывает менее четкой (++) . При выраженном воспалении структура слабо прослеживается (+). При далеко зашедшем гнойно-воспалительном процессе

кристаллическая картина не наблюдается (-).

Исследование *ферментов, микроэлементов, специфических белков* простатического секрета позволяет более точно отличать стадии и распространенность воспаления.

АНАЛИЗ МОЧИ

Трехстаканная проба мочи. Весьма простым способом исследования является *трехстаканная проба*. Для ее проведения мужчина утром мочится в три прозрачных стаканчика так, чтобы первая порция мочи попала в первый стаканчик, вторая — во второй, последняя - в третий. Количество мочи в каждой порции - 20-50 мл. Затем стаканчики рассматривают на просвет на фоне белой бумаги.

Если первая порция мутная (наличие гноя), можно говорить об уретрите (воспалении передней части мочеиспускательного канала); гной в третьей порции — признак простатита, воспаления мочевого пузыря; в первой и третьей — уретропростатита; во всех трех пробах — свидетельство воспаления в верхних отделах мочевыводящих путей, почек.

Патологические изменения в результате данного исследования определяются только при выраженном воспалительном процессе в мочеиспускательном канале.

Микроскопическое исследование осадка мочи. Микроскопическое исследование осадка мочи производится в первой, второй и третьей порциях с последующим сравнением их между собой. Возможно выявление подвижных трихомонад в теплой первой порции мочи. Мочу собирают после длительного воздержания от мочеиспускания для получения наибольшего количества содержимого уретры. Как правило, сначала берется мазок, соскоб, после чего берется первая порция мочи.

Количество лейкоцитов в анализе - ориентир для

врача. Пациент, не имеющий медицинского образования и часто слышавший о лейкоцитах и о том, что по их количеству врач судит о состоянии его здоровья («лейкоцитов много – плохо, лейкоцитов мало – хорошо»), особенно когда он длительно хронически болеет, не всегда понимает сути происходящего. Особенно когда пациент чувствует себя неплохо, а врач прицепился к этим лейкоцитам и все пишет и пишет дополнительные лекарства. Иногда непонимание ведет к тому, что пациент самостоятельно настраивается против этих «зверей» - лейкоцитов. Из-за отсутствия времени или по другим причинам, к сожалению, врачи ничего толком не объясняют пациентам, как бы отмахиваясь от их многочисленных вопросов. «Лейкоциты - защитные клетки организма, они наши помощники». Пациент недоумевает, как же помощники, когда каждый раз, обнаруживая их в большом количестве, врач расстраивается сам и расстраивает пациента.

При проведении анализа мазка уретральных выделений, соскоба из наружного отверстия мочеиспускательного канала, осадка мочи, сока простаты обнаружить возбудителя инфекции обычно удается редко, основным ориентиром служит количество лейкоцитов. В среднем у здорового человека обнаруживается 2-3 лейкоцита в поле зрения, в норме допускается до 7-10 лейкоцитов. При увеличении их количества говорят о воспалительном процессе. Врач-лаборант, проводящий исследование, считает лейкоциты до 25-60 в поле зрения, если же их больше, он пишет «много», «значительное количество», «сплошь». Лейкоциты – это клетки-воины, в большом количестве присутствующие в крови и кроветворных органах и прибывающие в те части организма, где есть инфекция, для того, чтобы убить микробы и погибнуть самим. Образно говоря, если мы видим в нашем районе нескольких милиционеров, которые как обычно следят за порядком, мы понимаем, что все

благополучно. Если же милиционеров больше обычного – значит, что-то произошло. Преступников же, у которых нет формы как у блюстителей порядка, мы не видим. Так же в обычный микроскоп не всегда бывают видны микробы, мы судим в данном месте о происходящих процессах по количеству лейкоцитов.

АНАЛИЗ ЭЯКУЛЯТА

Подготовка к получению эякулята для проведения лабораторного исследования. Воспалительный процесс в уретре, простате, семенных пузырьках и семявыводящих протоках, в придатках яичек может привести к изменению некоторых параметров эякулята. Одним из последствий воспалительных процессов в этих органах является снижение качественных параметров сперматозоидов, поэтому необходимо исключить другие факторы, которые могут привести к подобному результату. При этом нередко снижаются, изменяются параметры эякулята, такие как подвижность, активность, жизнеспособность, скорость движения и т. д. Многочисленные другие побочные факторы при неправильном взятии анализа спермы также могут дать различные изменения тех же параметров эякулята.

Следует рекомендовать пациенту четко соблюдать следующие условия подготовки:

Необходимо воздержание от полового контакта от 3 до 5 дней. При частых половых связях в эякуляте преобладает жидкая часть, выявляются преимущественно незрелые, малоподвижные формы сперматозоидов. При длительном воздержании эякулят более густой, нередко с комками, при микроскопии наблюдается агглютинация, преобладание перезрелых сперматозоидов с низкой подвижностью. Для зачатия благоприятными являются половые связи с перерывами в 3–4 дня, потому и исследование надо проводить в это время.

- Необходимо в период, предшествующий сдаче спермы (7-10 дней), соблюдать обычный для данного мужчины режим. Употребление алкоголя, медикаментов, курение, наркотики, тяжелая физическая и психологическая нагрузка, стрессы, химикаты, радиоактивное излучение снижают, ухудшают многие параметры спермограммы. Потому перед сдачей анализа все это исключается.

- Необходимо помыть половые органы перед получением эякулята. Получать эякулят лучше путем мастурбации, а не прерванным половым актом или половым актом с кондомом или минетом. Для смазки при мастурбации нельзя использовать мыло, вазелин и т.д., только чистую воду. Грязь, смегма, слюна, кремы, смазка, содержимое влагалища не должны попасть в собранный эякулят.

Сперму необходимо доставить в лабораторию для исследования сразу после получения, стараясь, чтобы она не подверглась тряске, охлаждению и перегреванию. Идеально, если рядом с лабораторией есть кабинет для сдачи эякулята.

Надо собрать в посуду весь эякулят, иначе ответ исследования может быть ошибочным, т.к. в разных порциях его содержится различная концентрация сперматозоидов.

Получение эякулята

Необходимо получить эякулят непосредственно в медицинском учреждении, в специально приспособленном для этого помещении (мастурбационная), с максимально быстрой доставкой материала в лабораторию.

Эякулят можно получить при прерванном половом акте в тех случаях, когда мужчине не удастся самостоятельно (путем мастурбации) достичь семяизвержения. Пациент проводит обычный половой акт (желательно создать

максимально привычные, комфортные условия), но семяизвержение производится в заранее приготовленную посуду (баночку) - вариант обычного прерванного коитуса. Существует риск неполного попадания эякулята в баночку (собран не весь объем), попадания содержимого влагалища в собранный эякулят (разбавление и химическая травматизация сперматозоидов), получение эякулята в холодную баночку, охлаждение эякулята в процессе доставки в лабораторию (холодовая травматизация), многократное встряхивание полученного эякулята при доставке в лабораторию (механическая травматизация), что может снизить количественные и качественные показатели сперматозоидов (А. В. Сагалов, 2002).

Более достоверным является исследование эякулята, полученного при мастурбации в специальном помещении в медицинском учреждении, в крайнем случае дома. Получать эякулят следует в посуду с достаточно широким горлом (чтобы весь эякулят попал в баночку), но при этом слишком большая площадь поверхности полученного эякулята (особенно при его малом количестве) приведет к быстрому испарению воды, вплоть до полного высыхания. Механическая травматизация (взбалтывание) при доставке эякулята в лабораторию также может повлиять на результаты исследования. Если часть эякулята не попала в баночку, полученный результат исследования также будет не совсем достоверным. При волнообразных сокращениях уретры (а их происходит несколько, т. е. эякулят выделяется несколькими порциями) во время эякуляции в первых каплях содержится основное количество материала из семявыносящих протоков (сперматозоиды, клетки сперматогенеза), а в дальнейших порциях их значительно меньше (смываются «размазанные» по стенкам уретры остатки первой порции). Идеальным является получение эякулята в баночку (типа баночки от детского питания).

Анализ спермы. Исследование эякулята дает возможность оценивать плодovitость мужчины, хотя для диагностики самого простатита менее информативно, чем исследование секрета самой предстательной железы. Для простатита считаются показательными повышение в эякуляте числа лейкоцитов и появление эритроцитов. Выявляются агглютинаты и агрегаты, т.е. сгустки сперматозоидов, обусловленные нарушением иммунных свойств организма и появлением аутоаллергии.

Реакция эякулята, в норме кислая, при воспалении становится щелочной, снижается уровень фруктозы и лимонной кислоты. Это отрицательно влияет на подвижность и жизнедеятельность сперматозоидов. Поэтому нередко отмечаются пониженная подвижность сперматозоидов и некроспермия, т. е. наличие в эякуляте более 80% мертвых сперматозоидов.

Уменьшение числа сперматозоидов в 1 мл эякулята, преобладание незрелых форм свидетельствует о вовлечении в процесс воспаления яичек, а появление патологических форм сперматозоидов — о поражении генетического материала тканей яичек, вырабатывающих спермии.

ПОСЕВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ.

Микробиологические исследования (бактериальный посев) соскоба из уретры, различных порций мочи, сока простаты, эякулята позволяют повысить диагностическую информативность. При этом материал, взятый из различных участков, сеют на специальные питательные среды. Если в материале были микробы, через несколько дней они начинают расти в благоприятной для них питательной среде, образуя колонию микробов. Если до посева их было несколько и потому их не было видно, после посева, когда их миллионы,

они обнаруживаются легко. При наличии роста бактерий на избирательной питательной среде получают чистую культуру предполагаемого возбудителя и определяют чувствительность к антибиотикам. Для этого производят посев выделенной культуры «сплошным газоном» на питательную среду и накладывают специальные бумажные диски, заранее пропитанные различными антибиотиками. Чем больше зоны отсутствия роста бактерий вокруг диска с антибиотиком, тем выше чувствительность к данному антибиотику.

Бактериальный посев секрета предстательной железы позволяет выявить микроорганизмы, которые являются причиной воспаления, и правильно подобрать противомикробные средства с учетом чувствительности к ним возбудителей заболевания. Для проведения бактериологических исследований материал из уретры должен быть получен стерильным инструментарием или смыт стерильным физиологическим раствором после массажа уретры согласно общепринятым методикам.

Проблемы интерпретации результатов посева и определения чувствительности.

Посев соскоба из уретры, мочи, сока простаты, эякулята теоретически имеет очень большое диагностическое и определяющее тактику лечения (особенно при определении чувствительности найденного микроба к антибиотикам) значение.

Самая главная проблема заключается в том, что при погрешностях в технике проведения исследования может быть высеян микроб, случайно попавший туда и не имеющий никакого отношения к данному воспалительному процессу. Это может произойти, например, при недостаточной обработке лабораторной посуды, взятии материала в обычном кабинете врача. Как известно, периодические кварцевания не всегда

обеспечивают стерильность воздуха в помещении. Посев должен производиться в специальных боксах. К сожалению, редко где это соблюдается.

Микроорганизм может попасть с головки полового члена, с выходного отверстия мочевого канала. Даже если он находится в уретре, это не всегда может означать, что именно он виновник, инициатор тех патологических изменений в простате, против которых нам придется работать.

Комментируя ответы посевов пациентам, студентам, врачам-стажерам, я привожу такую аналогию. Если в Чечне российское командование будет вести военные действия против всех бородатых мужчин, обнаруженных вблизи разрушенных домов (что часто в реальной жизни мы наблюдаем), то это может привести только к новым разрушениям и убийству ни в чем не повинных людей. Может быть, этот бородатый мужчина и есть потенциальный преступник, готовый при определенных обстоятельствах к противоправным действиям. Только не он террорист, взорвавший дома и поддерживающий беспорядок в регионе. Поиск террориста должен быть более обстоятельным, расстрел бородатых мужчин не менее обоснованным. Так же условнопатогенная флора, обнаруженная в мочевом канале, может быть не при чем, и вся антимикробная терапия против нее, в конечном итоге, не дает эффекта излечения, а оборачивается новыми проблемами, осложнениями от лекарственных препаратов.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УЗИ.

Ультразвуковое исследование простаты - один из широко распространенных методов диагностики заболеваний предстательной железы. При определенных навыках, использовании современных УЗИ-аппаратов, особенно

ректальных датчиков (ТРУЗИ), удастся определить наиболее точные размеры железы, некоторые особенности ее строения.

УЗИ является третьим по значимости методом после пальцевого исследования и микроскопии полученного секрета. УЗИ может выявить асимметрию, изменение размеров железы, наличие узлов, образований, включений, полостей, кальцинатов или диффузных изменений паренхимы. При хроническом воспалительном процессе, наличии признаков аденоматозных изменений (форма, размеры, узлы, включения, кальцинаты) наиболее высокоинформативным является все-таки исследование с ректальным датчиком (ТРУЗИ), и, следовательно, результаты трансабдоминального УЗИ в гораздо большей степени требуют подтверждения другими методами обследования.

- **Ультразвуковая доплерография.**

УД позволяет выявить особенности кровоснабжения, застойные явления, другую патологию предстательной железы, органов мошонки, малого таза.

НЕЛЬЗЯ СТАВИТЬ ДИАГНОЗ ПРОСТАТИТА ТОЛЬКО ПО ДАННЫМ УЗИ (КАЛЬЦИНАТЫ ИЛИЛИ ДИФФУЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ). НЕОБХОДИМО ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДРУГИМИ МЕТОДАМИ:

- **Определение остаточной мочи.**

Неполное опорожнение мочевого пузыря встречается при многих урологических и неврологических заболеваниях, а также иногда и у здоровых людей в определенных жизненных ситуациях.

Вне зависимости от причины простатита, определение остаточной мочи показано всем больным с расстройствами мочеиспускания. Определение остаточной мочи проводят катетеризационным, радиоизотопным, рентгенологическим и ультразвуковым методами. Предпочтение отдают УЗИ-методу.

- **Исследование динамики мочеиспускания. Урофлуометрия.**

Одним из весьма информативных способов исследования функциональных особенностей мочевого системы, напрямую связанных с состоянием простаты, является исследование динамики мочеиспускания.

Мужчина мочится в специальную емкость, соединенную с записывающим аппаратом. Полученная кривая отражает, например, задержку начала мочеиспускания, скорость, колебания объема прохождения мочи, другие изменения, связанные с раздражением мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, семенного бугорка.

Кроме того, для оценки состояния сфинктера мочевого пузыря (мышцы, сжимающей отверстие мочеиспускательного канала и не позволяющей моче самопроизвольно выделяться из мочевого пузыря) нейро-мышечного статуса мочевого пузыря в него вводят жидкость и отмечают, при каком ее объеме появляется неудержимое желание мочеиспускания.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уретроскопия.

Заключается во введении в мочеиспускательный канал тонкой трубки, содержащей оптическую систему. С ее помощью удастся рассмотреть слизистую оболочку мочеиспускательного канала на всем его протяжении, в том числе простатическую часть. Выявление воспаления семенного бугорка, заращения (закупорки) семявыводящих протоков, язв, сужения любого отдела уретры и др. позволяет точно диагностировать место поражения, а иной раз и его причину.

- **Цистоскопия.**

Дает возможность ввести оптическую систему еще дальше,

в мочевой пузырь, и осмотреть его стенки изнутри. Картина, открывающаяся при цистоскопии, позволяет распознать различную патологию со стороны мочевого пузыря, а также позволяет отличить (провести дифференциальную диагностику) цистит от простатита и других заболеваний мочевой системы.

- **Реография предстательной железы.**

Процедура не связана с введением инструмента или повреждением ее ткани. Это - определение кровенаполнения органа, при котором электроды располагают на лобке и в прямой кишке. На лобковый электрод подается слабое электрическое напряжение, которое изменяется в зависимости от степени наполненности кровеносных сосудов. Запись проводится со второго электрода. Реография позволяет выявить снижение сосудистого тонуса предстательной железы и нарушение оттока крови из простаты.

- **Биопсия.**

Взятие кусочка ткани предстательной железы через уретроскоп, через прямую кишку, редко через промежность. Необходимость в биопсии возникает в основном при длительной неэффективной терапии простатита, для исключения рака простаты, туберкулеза и т.д. Специальные иглы для биопсии, современные технические возможности, УЗИ-контроль позволяют производить мультифокальную биопсию простаты (обычно из 8-12 точек за один раз) без последствий.

- **PSA.**

Исследование на PSA (простатоспецифический антиген) позволяет провести дифференциальную диагностику рака предстательной железы, простатита, аденомы простаты.

При раке простаты PSA в сыворотке крови существенно повышается за счет форсирования выработки его злокачественными клетками. Однако тест не специфичен.

Достаточно высок процент ложноположительных и ложноотрицательных результатов. PSA может быть повышен не только при раке, но и при аденоме простаты, инфаркте, ишемии, воспалении простаты, а также после эякуляции, пальцевого ректального исследования, цистоскопии.

- **Исследование уровня гормонов в крови.**

Это еще один косвенный метод исследования простаты. Определяют соответствующее тяжести заболевания снижение уровня мужского полового гормона тестостерона и повышение вырабатываемого в небольших количествах у мужчин женского гормона эстрадиола. Фолликулостимулирующий (ФСГ), лютеинизирующий (ЛГ) гормоны гипофиза вместе с пролактином имеют прямое регулирующее влияние на сперматогенез, выработку тестостерона, половую активность. По показаниям проводится исследование этих гормонов.

- **Иммунограмма.**

Исследование (Т- и В-звена) иммунитета, антител, цитокинов, фагоцитарной активности лейкоцитов, интерферонов, комплемента, лизоцима позволяет получить характеристику нарушений тех или иных составляющих иммунного ответа. При простатите часто имеют место различные нарушения иммунитета, чаще всего вторичные иммунодефициты. И подобная иммунограмма была бы очень полезна любому специалисту для назначения иммунокорректирующей терапии. Однако, в связи со сложностью выполнения не каждый врач на амбулаторном приеме имеет возможность использовать эти исследования в своей практике.

- **Полное обследование партнерши или супруги важно,** так как бактериальная флора слизистой оболочки мочеполовых органов мужчин и женщин, живущих совместной половой жизнью, состоит примерно из одних и тех же микроорганизмов (И. И. Ильин, 1977; Miores, 1980).

Необходимо провести обследование на инфекции, передающиеся половым путем. При хроническом, скрытом течении инфекционного процесса при обычном обследовании мы не всегда обнаруживаем у мужчины микроб-возбудитель. Обнаружения инфекции у одного из супругов (партнеров) достаточно для проведения совместного лечения.

- **Рентгенологическое исследование простаты**

Выполняют относительно редко, как правило, в запущенных случаях, при длительном течении заболевания. Различные приемы рентгенологического исследования позволяют исследовать как простату, так и семенные пузырьки, уретру, мочевого пузырь, а также определить сохранность выделительной функции почек, проходимость семявыносящих протоков. Это дает возможность уточнить состояние как самой предстательной железы, так и связанных с ней мочевых органов. Кроме того, практически безошибочно выявляются камни простаты, если они имеются.

- **Общий анализ крови**

Исследование крови неспецифично для простатита, но в острой стадии, как и при воспалении любого другого органа, выявляются увеличение количества лейкоцитов и ускорение СОЭ (скорости оседания эритроцитов). Общий анализ крови имеет значение при простатите как исследование, определяющее общее состояние организма, для выявления сопутствующих заболеваний, что важно при выборе терапии.

- **Исследование функции почек.**

Является косвенным методом определения тяжести простатита, особенно в его третьей стадии. Чем больше выражены патологические изменения в простате, чем длительнее протекает простатит, тем больше вероятность уродинамических нарушений и развития восходящей инфекции.

В большинстве случаев общая диагностика простатита не вызывает затруднений, немало вопросов возникает при попытке более детально расшифровать диагноз, понять этиологию, патогенез, различные гемодинамические, иммунологические и гормональные изменения. Однако, учитывая различное течение заболевания, возраст, личные особенности мужчины, у ряда больных приходится проводить другие многочисленные исследования при подозрении на туберкулез, бруцеллез, доброкачественную или злокачественную опухоль предстательной железы, заболевания мочевого пузыря или мочеиспускательного канала, прямой кишки, нервов таза или спинного мозга.

Кроме того, возможно сочетание простатита с другими заболеваниями как самой простаты, так и рядом расположенных органов. Все это создает определенные трудности для постановки правильного диагноза.

Полное, разностороннее обследование позволяет поставить правильный диагноз и, соответственно, подобрать правильное лечение, как основного, так и сопутствующих заболеваний, оно позволяет сделать правильный прогноз.

Полное обследование, точный диагноз - залог эффективного лечения.

V. КЛАССИФИКАЦИЯ ПРОСТАТИТА

Сегодня в литературе можно насчитать больше полусотни различных классификаций хронического простатита, что говорит об отсутствии единого подхода и путанице в диагностической и лечебной практике различных врачей, занимающихся этой проблемой.

Словосочетание "хронический простатит" как основной клинический диагноз без указаний стадии, формы, активности процесса, а также его осложнений

встречается в историях болезни большинства лечебных учреждений России и не только. В различных странах приняты различные подходы и различные классификации. Ведь всегда важно, чтобы терминология ясно отражала суть понятия. Ниже наглядно видно, что простатит разный, потому и необходимы различные подходы в его лечении.

Некоторые урологи до сих пор в клиническом диагнозе подразделяют хронический простатит на катаральный, фолликулярный и паренхиматозный (классификация предложена в 1893 г. С. А. Волянским). Между тем проведенные экспериментальные исследования (В. Н. Ткачук с соавт., 1989 г.; О. Л. Тиктинский, 1994 г.) доказывают, что таких форм хронического воспаления, с изолированным поражением отдельных долек, протоков или интерстициальной ткани простаты, не существует. И тем более, практическому врачу-урологу в поликлинике или стационаре невозможно определять морфологические изменения в простате. Классификации, предложенные корифеями отечественной андрологии И. Ф. Юнда (1980), О. Л. Тиктинским (1984), также являются не совсем удобными для каждодневного практического применения. В. А. Санамянц (2000 г.) предлагает классификацию, основанную на описании стадийности происходящих в предстательной железе изменений от дистрофических, воспалительных, рубцовых, аутоиммунных до склеротических. Различают процесс, локализованный как в самой простате, так и в виде уретропростатита, простита, везикулита, склероза шейки мочевого пузыря, уретры, семенных пузырьков. Различают доклиническую и клиническую стадии простатита.

Все больше ученых-исследователей приходят к заключению, что хронический простатит - это результат системных иммунологических, гормональных, нейровегетативных и гемодинамических расстройств с

присоединением воспаления.

Вот некоторые наиболее распространенные разделения простатитов:

По патогистологической картине различают простатиты:

1. Катаральные;
2. Фолликулярные;
3. Интерстициальные (паренхиматозные);
4. Абсцедирующие.

По этиологическим факторам:

1. Инфекционные простатиты:

- бактериальные;
- хламидийные;
- микоплазменные (в т. ч. уреаплазменные);
- трихомонадные;
- гонококковые;
- вирусные;
- кандидомикозные;
- туберкулезные;
- смешанные.

2. Конгестивные (застойные) простатиты:

- обусловленные застоем секрета предстательной железы (дизритмия половой жизни, половая абстиненция, воздержания и др.);
- возникшие вследствие венозного застоя в органах таза и мошонки.

По патогенетическим факторам:

1. Гематогенные простатиты:

- а) при общих инфекционных заболеваниях;
- б) возникшие при инфицировании из очагов инфекции у больных хроническими тонзиллитами, гайморитами, фронтитами, периодонтитами, пневмониями, холециститами и холангитами, гнойными заболеваниями кожи и др.

2. Простатиты, возникшие при инфицировании предстательной железы по соприкосновению:

а) уретрогенные (при воспалительных заболеваниях задней уретры);

б) уриногенные (возникающие вследствие уретропростатического рефлюкса мочи);

в) каналикулярные (при эпидидимитах, фуникулитах, деферентитах).

3. Лимфогенные простатиты (проктит, тромбофлебит геморроидальных вен и др.).

4. Аллергические простатиты.

5. Обменные простатиты.

6. Механические простатиты.

7. Химические простатиты.

Клинико — анатомическая классификация:

1. Острые простатиты (катаральный, фолликулярный, паренхиматозный).

2. Абсцесс предстательной железы.

3. Острая гиперемия предстательной железы (простатизм).

4. Хронический простатит:

- в стадии обострения;

- вне обострения.

5. Гранулематозный простатит.

6. Застойный, или конгестивный, простатит.

7. Атония предстательной железы (невроз, простаторрея).

8. Атипичные формы хронического простатита.

9. Склероз предстательной железы.

10. Простатодиния.

По степени активности воспалительного процесса:

1. Высокой степени активности;

2. Средней (умеренной) степени активности;

3. Слабоактивный;

По наличию клинических проявлений:

1. С клиническими проявлениями;

2. Субклинический.

Клинико-этиопатогенетическая классификация, предложенная З. К. Арнольди (1999)

I. Простатодиния (дисфункциональный простатический синдром):

а) внутритазовый венозный застой;

б) застойное полнокровие железы;

в) вегетативная дисфункция (атония или повышение тонуса мышечных элементов простаты);

г) нарушение дренирования простатических ацинусов.

II. Простатоз (морфофункциональные невоспалительные изменения в железе):

а) очаговые ишемии простаты;

б) кровоизлияния в железу с образованием кровяных кист;

в) инфаркты железы;

г) отек альвеолярных устьев;

д) облитерация устьев альвеол;

е) атония простаты с расширением альвеол и зиянием устьев;

ж) дивертикулы простаты;

з) калькулез простаты.

III. Простатит (присоединение воспалительного компонента к морфофункциональным изменениям в простате):

а) абактериальный простатит;

б) простатит, протекающий с наличием инфекции (по характеру микрофлоры):

* неспецифический;

* специфический.

IV. Аллергический простатит:

а) аутоаллергический;

б) обусловленный внешними аллергенами.

V. Классификация по иммунологической

характеристике:

- а) с нормальными иммунологическими показателями;
- б) со сниженными показателями иммунитета;
- в) гипериммунный;
- г) аутоиммунный.

VI. По остроте воспалительного процесса:

- а) хронический (первично-хронический);
- б) острый (диффузный, абсцедирующий);
- в) латентный.

VII. По глубине поражения:

- а) катаральный;
- б) фолликулярный;
- в) паренхиматозный.

VIII. По равномерности поражения железы:

- а) диффузный;
- б) очаговый;
- в) инфильтративный;
- г) калькулезный;
- д) дивертикулярный.

IX. По состоянию тонуса простаты:

- а) спастический (нормосекреторный, с наличием ретенции);
- б) атонический;
- в) с наличием атонической простаторреи;
- г) нормотонический.

X. Ретенционный простатит:

- а) без выраженной постмассажной деформации;
- б) с наличием постмассажной деформации: с нормальным постмассажным оттоком; регургитационный.

XI. Классификация по степени склерозирования железы:

- а) очагово-склеротический;
- б) атрофический («инволютивный»);
- в) с выраженной фибротизацией капсулы.

XII. По преобладающей симптоматике:

- а) болевой;
- б) дизурический;
- в) диспотентный;
- г) психодепрессивный;
- д) со снижением оплодотворяющей способности.

XIII. По характеру сопутствующих заболеваний:

- а) везикулит;
- б) куперит;
- в) колликулит;
- г) уретрит;
- д) деферентит;
- е) эпидидимоорхит.

Хотя в нашей стране не нашла широкого применения, достаточно распространенной в других странах является

Классификация Национального института здоровья США (1997), принятая Американской Урологической Ассоциацией:

Тип I - острый бактериальный простатит.

Тип II - хронический бактериальный простатит.

Тип III - синдром хронической тазовой боли

- а) воспалительный;
- б) невоспалительный.

Тип IV - латентный простатит.

Синдром хронической тазовой боли в этой классификации не совсем устраивает многих наших коллег. При абактериальном, идиопатическом простатите, простатодинии ведь не всегда наблюдается болевой синдром, тогда как имеет место масса других жалоб. И эти состояния трудно отнести к тому или иному типу по классификации американских урологов.

Наш двадцатилетний опыт работы с больными простатитом убеждает нас в том, что классификация

любого заболевания должна быть простой, удобной для пользования в повседневной практической работе.

При определении тактики лечения заболеваний предстательной железы в первую очередь имеет значение:

- наличие или отсутствие воспалительного процесса, его активность, стадия;
- наличие или отсутствие микробных тел в простате;
- выявление ряда и вида возбудителя, его чувствительности к фармпрепаратам;
- выявление морфологических, гемодинамических, иммунологических, гормональных и других изменений, как в предстательной железе, так и в других органах и во всем организме.

Не всем врачам доступны эти методы. Диагностические возможности практикующего врача очень часто, к сожалению, ограничены. Потому и классификация должна быть приемлемой и удобной как для врача на амбулаторном приеме, так и для высококвалифицированного профессионала, в чьем распоряжении современное медицинское оборудование и инструментарий. Разница только в том что, чем более технически оснащен и профессионален врач, тем диагноз более подробно расшифрован с указанием этиопатогенетических, морфологических, гемодинамических и других изменений. Стержень, вокруг которого все это наслаивается должен быть для всех одинаковым.

Мы в своей практике руководствуемся следующей классификацией (А. П. Азизов, 1999):

Тип I. Острый простатит:

- 1) инфекционный,
- 2) неинфекционный.

Тип II. Хронический простатит:

- 1) инфекционный,

2) неинфекционный.

Тип III. Простатопатия:

- 1) нейровегетативная атония простаты,
- 2) нейровегетативная гиперемия простаты (простатизм),
- 3) простатодиния (шеечно-уретральный спазм синдром).

При выявлении инфекционного агента и подтверждении его наличия в простате вместе с различными изменениями морфологии ткани предстательной железы ставится диагноз инфекционного простатита в расшифрованном виде (бактериальный, стафилококковый, хламидийный, трихомонадный, кандидозный, вирусный и т. д.). При отсутствии бактериурии и необнаружении, при тщательном обследовании, микробного агента в уретре и предстательной железе ставится диагноз неинфекционного простатита.

Во всех случаях указывается фаза воспалительного процесса:

- фаза активного воспаления;
- латентная фаза;
- рецидивирующий простатит (персистирующий);
- фаза ремиссии;
- фаза склерозирования.

Обязательно указываются осложнения и сопутствующие заболевания: уретрит, колликулит, куперит, везикулит, деферентит, орхит, эпидидимит, склероз простаты, склероз шейки мочевого пузыря, склероз семенных пузырьков, вторичное бесплодие, сексуальные дисфункции, невротические нарушения.

По диагностическим возможностям лечебного учреждения выявляются и указываются в диагнозе особенности гемодинамики, рубцовые и дистрофические изменения в простате, аутоиммунное воспаление, гормональные нарушения.

Предлагаемая классификация проста, удобна в

повседневной работе практического врача. Не требует сложных диагностических манипуляций, процедур на амбулаторно-поликлиническом приеме и в то же время может служить основой и быть подробно расшифрованной в зависимости от диагностических возможностей лечебного учреждения. Она позволяет выбрать правильную лечебную тактику, проводить профилактику, определять прогноз.

VI. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Больной хроническим простатитом высказывает нередко самые разнообразные жалобы, которые можно подразделять на общие и местные. Часть жалоб характерна не только для простатита, но и для других болезней, некоторые же свойственны только простатиту.

Всего описано более 100 симптомов, которые могут наблюдаться у больного хроническим простатитом. Однако они не встречаются все одновременно, а распределяются в зависимости от активности воспалительного процесса, стадии болезни, степени нарушений гормонального обмена, возраста, сочетания простатита с другими сопутствующими заболеваниями, особенностей нервной системы, психосоциальных и других факторов.

ОБЩИЕ СИМПТОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Общие симптомы, наблюдаемые при хроническом простатите, неспецифичны, они могут наблюдаться и при самых различных других заболеваниях: это общая слабость, нервозность, раздражительность, депрессия,

нарушения сна и настроения, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, колебания самочувствия в течение дня, различные проблемы в сексуальной активности, отсутствие наступления беременности у партнерши, семейная дисгармония и другие.

До 70% больных хроническим простатитом страдают невротическими расстройствами — астеническими, депрессивными, ипохондрическими и др. (И. М. Порудоминский, 1955). Это связано с постоянным пристальным вниманием к своему здоровью, с боязнью, что все может закончиться «гораздо хуже», с мыслью «не вылечусь», «стыдно признаться, идти к врачу», нередкими сексуальными расстройствами, различного рода недовольством, ревностью, сексуальными притязаниями к супруге, различными замечаниями и высказываниями супруги, партнерши.

У длительно болеющих хроническим простатитом часто наблюдаются симптомы нарушения вегетативной нервной системы: повышенная потливость и зуд кожи, особенно в области промежности и ягодиц, иногда приступы жара или озноба, потливость на холоде, нарушения пульса, головокружение и головная боль, дрожание пальцев рук. Нередко появляются сухость во рту, жажда, тошнота, мышечная слабость.

Эти и другие общие симптомы, как правило, могут не сразу привлечь к себе внимание мужчины, расцениваются как симптомы других заболеваний, как реакция на бытовые неурядицы, семейные ссоры, рабочие нагрузки. Во всяком случае, подавляющее большинство пациентов не могут точно указать, когда у них начались подобные явления.

МЕСТНЫЕ СИМПТОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Мужчины в основном достаточно точно вспоминают

время появления местных симптомов, таких как боль внизу живота или при мочеиспускании, жжение в уретре, затруднения при мочеиспускании, нарушения эрекции.

Как правило, болезнь начинается с болевых ощущений в области промежности, заднего прохода, мошонки и поясницы. Мочеиспускание становится учащенным и болезненным, из наружного отверстия мочеиспускательного канала появляются выделения.

Сочетание местных симптомов с общими создаёт неповторимую у каждого больного картину хронического простатита.

Гораздо реже болезнь протекает лишь с одним-двумя симптомами или вообще бессимптомно, когда простатит выявляют случайно при профилактическом осмотре или обследовании в связи с другими заболеваниями.

После длительного периода болезни взгляд мужчины на собственное состояние и перспективы лечения нередко отличается преувеличенными опасениями, неверием в возможность излечения, особенно нормализацию половой активности, восстановление былого семейного уюта.

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Мы сгруппировали жалобы, которые предъявляют пациенты при простатите, и выделили 6 групп (А. П. Азизов, 1991):

1. Нарушения и изменения мочеиспускания

Учащенное мочеиспускание, рези, жжение в канале, увеличение количества ночных визитов для мочеиспускания, неудовлетворенность и чувство остаточной мочи, затрудненное мочеиспускание, слабая струя, императивные позывы и т. д. Иногда пациенты отмечают небольшое помутнение мочи, слизисто-беловатые «нити» (смываемое мочой содержимое уретры, чаще в начале мочеиспускания, в ее первой порции, иногда и в конце, при завершении

мочеиспускания). Нарушение мочеиспускания необходимо также подразделять на обструктивные (указывающие на наличие препятствия, сдавление) и ирритативные (указывающие на наличие спазма, гиперрефлексию, повышение активности альфа-адренорецепторов).

Обструктивные симптомы нарушения мочеиспускания (обусловлены сужением просвета мочеиспускательного канала):

- затрудненное начало мочеиспускания,
- прерывистое мочеиспускание,
- слабая струя мочи,
- мочеиспускание по каплям,
- чувство неполного опорожнения мочевого пузыря,
- непроизвольное подтекание мочи при полном отсутствии произвольного мочеиспускания.

Ирритативные симптомы нарушения мочеиспускания (обусловлены раздражением рецепторов):

- учащенное мочеиспускание;
- учащенное мочеиспускание в ночное время;
- неотложные позывы к мочеиспусканию;
- мочеиспускание маленькими порциями;
- недержание мочи при позывах на мочеиспускание.

Увеличенная предстательная железа сдавливает мочеиспускательный канал (механический фактор), при этом повышается тонус расположенных в этой зоне альфа 1-адрено-рецепторов. Это ведет к стойкому спазму гладкомышечных элементов предстательной железы, шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала (динамический фактор). Наличие и выраженность тех или иных симптомов могут быть различными, это зависит и от заболевания, и от индивидуальных особенностей пациента. Даже при небольшом увеличении объема простаты нарушения могут быть значительными, существенно

ухудшая качество жизни.

2. Болевой синдром

Боли в яичках, в заднем проходе, в промежности, в области мочевого пузыря, в паховой области, в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и т. д. Боли часто носят ноющий, сдавливающий характер, редко бывают интенсивными. Достаточно часто больные с хроническим простатитом жалуются на «холод» в области половых органов, в промежности, в яичках.

Боли возникают реже внезапно, а чаще нарастают постепенно в течение нескольких дней (недель, месяцев). Мужчина жалуется на чувство тяжести, давления на промежность (область между мошонкой и задним проходом). Иногда боли бывают «простреливающими», резко нарастающими на несколько секунд или минут (спазм мышц). Возможна иррадиация (передача) болей в задний проход, мошонку, низ живота, крестец, поясницу, паховые области. Нередко отмечается чувство жжения в мочеиспускательном канале, в головке полового члена, в промежности.

Боли могут быть связаны с половой активностью, иногда усиливаясь при половом воздержании, облегчение наступает после коитуса (сексуального контакта). Нередко имеет место болезненное семяизвержение или болезненность после семяизвержения, наиболее часто отмечается, когда простатит сочетается с воспалением семенных пузырьков. Болезненные, неприятные ощущения в области малого таза могут появляться при опорожнении кишечника, в связи с давлением каловых масс на воспаленную железу.

3. Выделения из уретры

Появление выделений из мочеиспускательного канала, слипание и склеенность наружного отверстия уретры. Нередко больные с простатитом жалуются на выделения из

мочеиспускательного канала во время дефекации, при напряжении мышц брюшного пресса, тазового дна, при натуживании, особенно при запорах, реже - после мочеиспускания.

Простаторрея, выделение сока простаты, связана с повышенной продукцией секрета и нарушением запирательных механизмов нижних отделов канальцев и области семенного бугорка, особенно при атонии простаты.

Уретральный симптомокомплекс:

- жжение и зуд в уретре;
- слизисто-гнойные выделения из наружного отверстия уретры;
- слипание губок уретры и др.

4. Бесплодие

Бесплодие (отсутствие беременности у супруги, у постоянной половой партнерши при регулярной половой жизни в течение более одного года), самопроизвольное прерывание беременности.

5. Нарушения нервно-психической деятельности

Нарушения и изменения со стороны нервной системы (раздражительность, вспыльчивость, депрессии, бессонница, мнительность, акцентирование внимания на своих переживаниях, конфликтность, неуживчивость с окружающими др.). Плохое настроение и сон, быстрая утомляемость, общая слабость, подавленность, головные боли, боли в суставах, мышцах, в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

6. Сексуальные проблемы

Снижение или нарушение половой способности (быстрое и ускоренное семяизвержение, слабая, вялая, неустойчивая эрекция, снижение и стертость оргазма, ослабление либидо). Большинство больных, особенно с хроническим течением простатита, предъявляют жалобы на изменения половой

активности. При более детальном обследовании выявлялись различные другие причины сексуальных проблем преимущественно психологического характера. При длительном воспалении простаты может измениться состояние эрогенных зон малого таза, нередко приводящее к повышению их возбудимости, а чаще все же происходит угнетение их чувствительности. Так, на первых порах могут отмечаться длительные ночные эрекции, в последующем возникают проблемы с эрекцией, происходит укорочение продолжительности полового акта. У психастеников, тревожно-мнительных личностей при хроническом простатите снижается эрекция, как до, так и во время полового акта, происходит притупление оргазма. Снижается способность к повторным половым контактам.

На практике при простатите все вышеперечисленные жалобы сочетаются у пациента в различных комбинациях. Наблюдается как ярко выраженная клиническая картина со всем обилием жалоб и проявлений, так и случаи, когда заболевание протекает скрыто, бессимптомно. Жалобы, предъявляемые различными пациентами, страдающими простатитом, часто не совпадают. Как нет в природе двух одинаковых людей, так и нет двух больных простатитом с одинаковым проявлением этой болезни. В последние годы достаточно часто отмечается преобладание стертых и скрыто протекающих форм хронического простатита.

*ИСКЛЮЧИТЬ ИЛИ ПОДТВЕРДИТЬ НАЛИЧИЕ
ПРОСТАТИТА МОЖЕТ ВРАЧ УРОЛОГ-АНДРОЛОГ,
СЕКСОЛОГ ПОСЛЕ ТЩАТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПРОСТАТИТ И ПРИ ПОЯВЛЕНИИ
ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЖАЛОБ НЕОБХОДИМО
ОБРАТИТЬСЯ В МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ.*

**НА САМОМ ЛИ ДЕЛЕ ПРИЧИНОЙ МУЖСКИХ
СЕКСУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОСТАТИТ?**

Неудовлетворенность своей сексуальной способностью - часто встречающаяся проблема у мужчин различного возраста.

Мужчины в интимных сексуальных вопросах не всегда бывают столь откровенны, чтобы сразу оценить происходящее. Столкнувшись с проблемой в интимной жизни, подавляющее большинство из них испытывает выраженную стрессовую реакцию.

Что же будет дальше делать мужчина? Это зависит от различных обстоятельств. От взаимопонимания и доверительности в отношениях с партнершей, от ее реакции на произошедшее и от того, с кем он поделится своими опасениями, страхами и проблемами. Нередко от этого зависит его путь к здоровью или к болезни.

Это зависит и от того, каков уровень информированности, знаний по этому вопросу, как у самого мужчины, так и у партнерши, друзей, тех, с кем он общается и делится.

В последнее время информированность широких слоев общественности осуществляется через рекламу диагностических и лечебных пособий по разным заболеваниям и состояниям, медикаментов, аппаратных и других методов лечения. И в столь широко представленном просвещении заинтересованных фирм, выпускающих медикаменты, пищевые добавки, инструментарий и аппараты, и не менее заинтересованных платных лечебно-диагностических учреждений проблема мужской сексуальной активности нередко именуется «простатит». С чем же это связано?

Урологические, андрологические клиники полны больными с простатитом. В многочисленных публикациях говорится о том, что от 28% до 65-70% взрослого мужского населения страдает хроническим простатитом. Так ли это?

Отсутствие достаточных диагностических

возможностей в обычной поликлинике у урологов очень часто приводит к гипердиагностике простатита. Ректальный осмотр, исследование сока простаты, УЗИ (часто плохой разрешающей способности без ректальных датчиков) не всегда дают четкую картину патологического процесса в простате, особенно там, где нет обострения и грубых изменений морфологии железы. Все же немало урологов, венерологов, нередко и андрологов молодым мужчинам с эректильной дисфункцией, с ускоренным семяизвержением ставят диагноз «простатит».

В литературе по этому поводу мы встречаем различные высказывания.

Частота половых расстройств, встречающаяся при хронических простатитах, колеблется, по данным разных авторов, в весьма широких пределах: от 6,6% почти до 90 % (В. Г. Тактаров, 2000).

Бытовали представления (Б. И. Хольцов, 1926, 1927; Р. М. Фронштейн, 1929, 1933 и др.) о том, что любые нарушения сексуальных отправлений у мужчин непременно связаны с дисфункцией простаты (цит. по Г. Г. Корику, 1973).

А. И. Лесин (1972) из 1470 мужчин, обратившихся по поводу половой несостоятельности, у 1146 (78%) обнаружил хронический простатит.

И. Ф. Юнда (1974) анализировал 769 лиц с половыми расстройствами. У 82% больных хроническим простатитом наблюдал нарушение функции половых органов, причем копулятивные расстройства отмечены у 42,7%, бесплодие - у 37,1%.

Нарушение потенции, возникшее у 78 из 162 больных вследствие развития у них хронического простатита, позволило Ю. И. Ковалеву (1971) считать половую слабость осложнением основного заболевания – хронического простатита.

По мнению урологов (Г. Морин, 1931; А. Г. Подрез,

1996), простатит является причиной возникновения «сексуальной неврастении». Частота сексуальных расстройств нарастает параллельно тяжести поражения предстательной железы и длительности заболевания (В. А. Гринчук, 1980). Хронический простатит приводит к изменению гормонального статуса больного, что является причиной нарушений в половой сфере (И. Ф. Юнда, 1983; О. Л. Тиктинский, 1985).

Г. С. Васильченко (1969, 1977) пишет об образовании порочного круга - простатит-невроз-импотенция-простатит, составляющего патогенез расстройства копулятивного цикла, в котором хронический простатит играет роль пускового механизма.

Симптомом острого простатита является нарушение половой функции (особенно распространена болезненная эякуляция); при хроническом же простатите иногда бывает преждевременная эякуляция (Мастерс и Джонсон, 1991).

В то же время немало сексологов говорят об отсутствии связи простатит-импотенция или о ее минимальности (В. В. Кришталь, 1978; М. В. Екимов, 2002).

Н. Д. Кибрик (1972) в условиях сексопатологического отделения обследовал 158 больных с половыми расстройствами, у некоторых был обнаружен хронический простатит. Среди факторов, способствовавших стойкости клинической картины половых нарушений, особо выделено психотравмирующее влияние диагноза «простатит» у личностей с тревожно-мнительными чертами характера (астено-депрессивные реакции и развитие с ипохондрической фиксацией на половой сфере). Значение типа высшей нервной деятельности в развитии клинических вариантов сексуального расстройства нашло отражение в ряде сообщений отечественных авторов (И. М. Аптер, 1930, 1968, 1972; Г. С. Васильченко, 1953).

Означает ли, что уролог, андролог, который при различной степени выраженности нарушений в половой способности ставит диагноз «простатит», не расшифровывая его диагноз в медицинской документации, все же не знают сексологию? И да и нет.

Часто врач идет на поводу у пациента. Больной с различными проблемами в сексуальной сфере приходит к врачу и сразу заявляет: у меня простатит! Неважно, кто вложил в его уста такую формулировку. Важно то, что, говоря о своей проблеме, он начинает с этого. Не каждый врач пытается убедить пациента в том, что диагноз ему поставлен ошибочно. Ведь не всегда приводимая врачом аргументация звучит убедительно для пациента.

В наш просвещенный век пациент не только интересуется сколько будет стоить лечение, какова гарантия его скорейшего выздоровления, он также хочет знать истоки своего заболевания, в чем причина расстройства его здоровья, потому требует от врача убедительного объяснения механизма развития своего состояния.

Очень важным этапом в работе сексолога является разговор с партнершей или супругой пациента. И этот разговор строится в форме разъяснения того, что происходит с пациентом, какова причина проблемы.

Надо признать, что развернутый сексологический диагноз не совсем удобен для сообщения пациенту. Например, «относительная гипозрекция вследствие психологической дезадаптации у тревожно-мнительной личности, дезинформация в области секса, примитивный тип сексуальной культуры» так же вряд ли поможет пациенту, если сексолог-психотерапевт сообщит ему, что причина сексуальной проблемы – гипертоническая болезнь, сахарный диабет, длительный прием медикаментов по поводу хронического заболевания и т. д.

и что сексуальное расстройство будет прогрессировать по мере развития основного заболевания. Другое дело, когда этот же разговор ведется с лечащим врачом основного заболевания (терапевтом, кардиологом, эндокринологом), тогда в результате отменяется или снижается доза одних лекарств и назначаются другие.

В диагностике и в последующем для определения тактики лечения очень важно установить наличие органической природы полового расстройства (состояние сосудов, эндокринного и нервного обеспечения и т. д.). При расстройствах копулятивной функции вместе с другими методами обследования для психотерапевта важное значение имеет гипноанализ: не только установление психотравмирующей ситуации, но и извлечение той или иной информации из подсознания пациента, предварительно погруженного в транс. Но и тут не всегда удобно и необходимо подробно сообщать выведенному из транса пациенту об установленной причине.

Удобно пациенту свои проблемы называть простатитом, рассуждают немало клиницистов, пусть называет. И считают не всегда полезным сообщать пациенту об истинной причине его заболевания. Бесспорно, важно другое: излечение, а значит, и разрешение этой проблемы.

Сказанное вовсе не означает, что специалисты, врачи, сталкивающиеся с эректильной дисфункцией, другими мужскими сексуальными проблемами, не должны знать сексологию и всем подряд ставить диагноз «простатит». Хотя такое встречается нередко. Особенно это касается тех, кто на основе изучения амбулаторных карт делают выводы и приводят статистику. Соглашаться с пациентом, не вступать с ним в дискуссию, переубеждая его во всем, - не значит не иметь собственного мнения.

Наша многолетняя практика показывает, что причины

сексуальных проблем у больных простатитом могут быть самые различные. Очень часто психологическая предрасположенность, низкая половая конституция, различные страхи, акцентуация, невроты ожидания неудачи являются причиной сексуальной недееспособности. Не говоря уже об органической патологии сопутствующих заболеваний. А врачи в силу разных обстоятельств не хотят развенчать миф о сексуальных проблемах при простатите. Вот он, этот миф, как дамоклов меч и висит над каждым пациентом с простатитом.

Выход из ситуации видится нам в широкомасштабной просветительской работе, в которой мужчине разъясняются причины сексуальных проблем и истинное положение вещей.

VII. О ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЯХ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ СО СТОРОНЫ ВРАЧЕЙ

К сожалению, нам иногда приходится консультировать, лечить пациентов после нерадивых коллег. Ясность и полная информированность обеих сторон, на наш взгляд, позволит предупредить такое. Пусть каждый из нас, врачей, знает, что пациенты об этом тоже знают.

1. Необоснованное назначение гормональных препаратов, сейчас уже и широкое применение α -адреноблокаторов, различных психотропных веществ, оказывающих быстрый клинический эффект. Такой быстрый эффект для больного чреват в последующем различными осложнениями и побочными действиями, временностью достигнутого улучшения, необходимостью в последующем принимать постоянно эти же препараты или еще сильнее.

2. Нередко непрофессиональный врач, не специалист своего дела, взявшись лечить простатит и гарантировав излечение за определенную плату, не достигает желаемого

результата. И чтобы сохранить перед пациентом лицо, не признавшись в своем поражении, направляет его в другое учреждение, например, на санаторно-курортное лечение. Такая ситуация служит палочкой-выручалочкой для поликлинического врача, который «все испробовал», «все сделал» и сейчас вынужден «отослать», «отдать» пациента кому угодно. О таком враче говорят, что он «выжал все соки из больного», то есть растратил все деньги пациента.

3. Иногда предложение повторять курс лечения каждые 6 месяцев или год также может быть продиктовано не заботой об интересах пациента, а желанием привязать пациента к себе, решить свои проблемы, а не проблемы пациента.

4. Умышленная гипердиагностика, лечение здорового человека, ведь здорового лечить легче, чем больного. Так, больному заведомо рисуется его состояние в мрачных тонах, завышается тяжесть его состояния или же заведомо ставится несуществующий диагноз. Простатит, уретрит, различные инфекции, передающиеся половым путем, - наиболее частые диагнозы, которые используются с этой целью.

5. Умышленное представление худшего прогноза. Будущие последствия - бесплодие, половые расстройства, аденома предстательной железы, рак - могут быть использованы для устрашения пациента, чтобы заставить его лечиться. Такие прогнозы чаще безосновательно и, к сожалению, умышленно используются для создания впечатления, извлечения материальных благ.

6. Заведомая дача таких рекомендаций и запретов, которые пациент не сможет соблюдать, для того чтобы в случае неудачи, неэффективности проведенного лечения обвинить его же и оградить себя от ответственности.

7. Умышленное искажение объективной информации об используемом методе, о квалификации врача. Преувеличенная информация об используемом самим методе, о себе, об учреждении, где он работает, и нечестная,

искаженная информация о коллегах и используемом ими методе.

VIII. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Хронический инфекционный простатит относится к заболеваниям, трудно поддающимся лечению (И. И. Ильин, 1997; И. Ф. Юнда, 1990; О. Л. Тиктинский, 1990; Г. И. Таруашвили и др., 2000).

Очень важно выяснить при опросе давность болезни, кратность лечения, какое именно лечение или самолечение проводилось ранее. Это необходимо для того, чтобы не повторять терапию теми препаратами, которые уже применялись, но не дали эффекта.

Проведение лечения врачами, не имеющими отношения к урологии, андрологии, либо самолечение часто вредны, приводят к неполному излечению простатита, привыканию болезни к лечению и делают дальнейшее лечение трудным.

До начала любых лечебных мероприятий в первую очередь необходимо выяснить:

- наличие воспалительного процесса и степень его активности;
- где локализован процесс – только в предстательной железе, в предстательной железе и в уретре, в предстательной железе и в семенных пузырьках. На практике воспалительный процесс чаще наблюдается в предстательной железе, в уретре и в семенных пузырьках одновременно; иногда наблюдается распространение процесса на мочевой пузырь, придатки и яички;
- этиологический фактор, наличие микрофлоры и ее характеристика;
- признаки давности воспалительного процесса (острый, подострый, хронический);
- явления застоя, атонии, склерозирования, кальцинации

железы;

- общее состояние организма и наличие сопутствующих заболеваний;

- предыдущее лечение;

- переносимость назначаемого лекарственного средства.

По возможности подбор антибактериального препарата по чувствительности микрофлоры.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- создание высокой концентрации противомикробных препаратов в зоне воспаления, что достигается не только подбором антибиотиков, хорошо проникающих через капсулу простаты, но и назначением физиотерапии, сосудорасширяющих, ферментных препаратов, массажем, грелечением и т.д.;

- обеспечение эвакуации сока простаты, других секретов половых желез. При отсутствии регулярных семяизвержений, воспалении и отеке предстательной железы ухудшается эвакуация секрета. Жидкая его часть всасывается стенками канальцев, вязкость увеличивается, и вместе с лецитиновыми зернами, эпителиальными клетками иногда с лейкоцитами и с микробными частицами образуются гиалиновые шары, в последующем крупные длинные плотные слепки, нарушающие проходимость канальцев и препятствующие выходу секрета. Одним из принципов лечения простатита является восстановление пассажа секрета простаты;

- ликвидация явлений застоя и восстановление полноценного функционирования капиллярной сети малого таза;

- соблюдение оптимальной длительности терапии;

- соблюдение рекомендаций по питанию, сексуальному поведению и образу жизни;

- предупреждение дисбактериоза, других побочных действий и осложнений длительной противомикробной терапии;

- нормализация функционирования желудочно-кишечного тракта;
- создание атмосферы доверия и психологической комфортности лечения, информирование пациента о предстоящем лечении, ориентация на благоприятное завершение курса и закрепление результатов;
- привлечение супруги, партнерши к сотрудничеству с проведением её инструктажа;
- нормальный режим половой жизни.

Предложено очень много различных схем и методов лечения хронического простатита. Каждый из них в умелых руках врача дает хорошие результаты у послушного пациента.

Однако в любом случае лечение хронического простатита должно быть комплексным, необходимо воздействовать на все звенья патологического процесса, на все органы, вовлеченные в заболевание. Лечение строго индивидуально и, как правило, достаточно длительно, что требует упорства, как от врача, так и от пациента. Прерывание лечения при первых же признаках некоторого улучшения общего состояния или местной симптоматики нередко приводит к адаптации патологического процесса к применяемому лечению, выработке устойчивости микроорганизмов к антибиотикам, переходу процесса в хроническое течение, затруднению и удлинению сроков лечения рецидива заболевания.

Комплексный подход, использование одновременно нескольких групп лекарств и методов лечения, воздействующих на различные звенья механизма развития и поддержания болезни, дает лучшие результаты.

Приступая к лечению простатита, очень важно правильно сформулировать диагноз (см. раздел «Классификация»). Основываясь на предложенной нами классификации (А. П. Азизов, 1999), легко строить и определять дальнейшую тактику лечения.

Важным условием лечения многих хронических заболеваний остаются доверительные отношения между пациентом и врачом. Там, где есть доверие, неукоснительное выполнение врачебных назначений, отказ от всего вредного для организма, стремление к гармонии души и тела, - там неперенный успех и здоровье. В этом убеждаешься ежедневно, анализируя результаты прошедших курс лечения.

1. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Медикаментозному лечению простатита посвящено много специальной литературы, разобраться в которой без соответствующего врачебного образования трудно, да и не нужно. Самолечение чревато большими неприятностями, поэтому мы ограничиваемся простым перечислением групп лекарств, применяемых для лечения простатита, по механизму их действия, без указания дозы и длительности применения. Для врачей же, интересующихся нашим подходом в этом вопросе, скажу, что лекарственные препараты применяются в средних разовых, суточных и курсовых дозах. Говоря о последовательности применения и сочетании различных медикаментов, надо сказать, что именно в этом заключается профессионализм специалиста, который каждый раз составляет индивидуальную схему лечения с учетом всей информации, полученной на этапе диагностики. Потому врач-специалист, как режиссер, каждый раз выдает новую постановку. Нет двух похожих схем лечения, как нет двух одинаковых людей, двух абсолютно похожих болезней.

Антибактериальная терапия.

При лечении простатита вообще и при назначении антибактериального лечения в особенности различные врачи придерживаются разных принципов. С одной стороны, это обусловлено тем, что в нашей стране не получила широкого распространения специальность

андролога. Урологи, изначально представляя себя хирургами, к сожалению, не придают достаточного значения консервативным методам терапии в урологии. Немало кожных венерологов, да и других специалистов заняты лечением простатита. И потому, конечно же, ожидать единого подхода, основанного на доказательной медицине, не приходится. Одним из центральных в терапии простатита является вопрос назначения антибиотиков. Вопросов много. Вот некоторые из них.

Вопросы, которые задает себе врач при назначении антибиотиков больному с простатитом.

- Нужно ли назначать антибиотики в стадии ремиссии воспалительного процесса?
- По каким четким критериям разделить стадии обострения и ремиссии при простатите?
- Имеет ли количество лейкоцитов в анализе сока простаты определяющее значение для назначения антибиотика?
- Как подобрать антибиотик для больного простатитом:
 - а) строго по результатам посева и чувствительности к антибиотикам
 - б) или назначить препарат широкого спектра действия последнего поколения?
- Какое количество антибиотиков проникает в ткань предстательной железы у данного больного?
- Назначить один препарат или же одновременно два, три совместимых между собой антибактериальных препарата?
- На сколько дней назначить препарат, т.е. какова продолжительность приема одного препарата?
- С какого препарата начать, каким продолжать (с сильного, перейдя к слабому, или наоборот, в какой последовательности использовать группы препаратов и т. д.)?
- Сколько всего препаратов назначать на курс лечения?

- Какова общая продолжительность антибактериального лечения?

Некоторые общие позиции при назначении отечественными урологами антимикробных препаратов для лечения простатита.

Большинство врачей в нашей стране придерживаются следующей тактики: один препарат на 7-10 дней, продолжая лечение антибиотиком более широкого спектра действия. Всего на курс антибактериального лечения простатита, продолжающийся около месяца, назначают 3 антибиотика. Неподтвержденное обоснование такого подхода - при длительности лечения более 10 дней развивается устойчивость к антибактериальному препарату и его эффективность падает. Некоторые врачи одновременно назначают 2 антибиотика на более длительное время, до 15 дней, всего на курс лечения используют 3-4 антибиотика. Чаще врачи сочетают назначение антибиотика с сульфаниламидным препаратом и/или препаратами нитрофуранового ряда и налидиксовой кислоты, пытаясь соблюдать принцип приема одного препарата не более 10 дней. Непрерывность приема антибиотиков, чередование различных их групп позволяет добиться моим коллегам хороших результатов.

Очень распространенным у врачей нашей страны является принцип одновременного назначения нистатина или леворина во избежание развития кандидоза от антибактериальной терапии. В последнее время в специальной литературе все громче звучат призывы назначать в начале антибиотикотерапии противогрибковые препараты в связи с широким распространением Микст-инфекций, особенно трихомонад, которые прячут внутри себя возбудителей многих инфекций, делая их недоступными для антимикробных препаратов и, таким образом, делая

безуспешным весь курс лечения.

Некоторые общие позиции при выборе тактики антимикробной терапии простатита зарубежными врачами.

С появлением интернета стала доступной информация со всего мира. Так, например, оказалось, что американские урологи, да и урологи в других странах нередко назначают длительные курсы антибактериального лечения (S. Nilsson, G. Johannisson, E. Lycke, 1981; R. A. Pust, 1986; G. A. Barbalias, G. Nikiforidius, E. N. Liatsicos, 1998; T. D. Moon, 2000) одним препаратом в течение 1-2-3 месяцев, в некоторых публикациях и до 6 месяцев. Одним из длительно назначаемых препаратов является нолицин, известный представитель фторхиноллинового ряда. Есть публикации о длительном назначении, даже до 6 месяцев, ко-тримоксазола. Причем, американские коллеги - большие приверженцы монотерапии, в абсолютном большинстве случаев игнорирующие совместное назначение противогрибкового препарата и многих других сопровождающих препаратов, к которым мы привыкли (иммуномодуляторы, ферментные препараты, сосудорасширяющие, местнодействующие препараты, физиопроцедуры). Ряд исследователей считают, что антибиотики в обычных дозировках и нитрофурановые производные при хроническом простатите вообще не эффективны ввиду их плохой растворимости в липидах (Adjeman, 1973), что вынуждает назначать больным хроническим простатитом большие дозы антибактериальных препаратов (Collean, Mardh, 1975). В дискуссиях, в которые я вступал с коллегами из других стран на различных международных конференциях и симпозиумах, одним из основных аргументов был контроль со стороны страховых компаний, которые стараются максимально упростить лечебный процесс и сделать его удобным для контроля. Мои

коллеги (Y. W. Klinberg, K. H. Naber, D. Yamada) говорили о доказательной медицине, о недостаточно большом количестве работ по фармакодинамике, фармакокинетике, где доказывается клиническая эффективность многочисленных препаратов разных химических групп, применяемых для лечения простатита в нашей отечественной медицине.

Нередко клиницисты в нашей стране и за рубежом начинают лечение с эмпирического назначения антибиотиков широкого спектра действия на 2 нед. Например, иногда в подобных случаях назначают доксициклин, поскольку ему свойственна активность в отношении большого числа возбудителей инфекции, в том числе хламидий, уреаплазм, гонококков и др. Также нередко выбор падает на триметоприм/сульфаметоксазол и антибиотики фторхинолинового ряда. В некоторых случаях зарубежные коллеги применяют также нестероидные противовоспалительные препараты, горячие сидячие ванны, ограничения стрессовой нагрузки и др., однако истинная эффективность подобных мероприятий считают не доказанной. Если после первоначального курса достигается санация секрета предстательной железы, дальнейшее применение антибиотиков не обосновано, если же при бактериологическом исследовании секрета предстательной железы обнаруживается сохранение возбудителей инфекции, рекомендуется продолжение антибактериального лечения на 4-6 нед. (A. M. Ristuccia, B. A. Cunha, 1982; G. A. Barbalias, 1998).

Достаточно велик список антибактериальных препаратов применяемых для лечения простатита. Наиболее часто для лечения простатита применяются: *Абактал, Амоксиклав, Аугментин, Азитрал, Ванкоцин, Вильпрофен, Доксициклин, Зинацеф, Клацид, Клиндамицин, Макропен, Максаквин,*

Нолицин, Офлоксин, Палин, Пимидель, Ровамицин, Роцефин, Рулид, Сумамед, Тиенат, Цефамезин, Цефобид, Ципринол, Цимерал, Цифран, Ципрофлоксацин, Фромилид, Фортум, Флемоксин, Юнидокс.

Альфа-адреноблокаторы.

Являются относительно новыми препаратами, недостаточно известными отечественным урологам, андрологам. Широкое применение, которых ограничено целым рядом побочных эффектов.

Применение α -адреноблокаторов при лечении расстройств мочеиспускания, связанных с доброкачественной гиперплазией (аденомой) простаты, сегодня стало делом привычным в консервативной терапии этих больных. Расстройства мочеиспускания делятся на обструктивные (обусловленные сужением просвета мочеиспускательного канала вследствие сдавливания аденоматозным узлом, самой увеличенной простатой) и ирритативные (обусловленные раздражением рецепторов). Альфа-адреноблокаторы, блокируя альфа-адренорецепторы, снимают в первую очередь ирритативную симптоматику.

В пользу применения α -адреноблокаторов при хроническом простатите свидетельствует ряд известных факторов: высокое содержание α -адренорецепторов в области шейки мочевого пузыря, предстательной железы и уретры; сходство клинической картины аденомы простаты и простатита у некоторых пациентов; наличие различных расстройств мочеиспускания у значительного числа пациентов с хроническим простатитом. Некоторые формы хронического простатита связаны с первоначальным нарушением функции симпатической нервной системы и гиперреактивностью α -адренорецепторов. При этом достаточно часто повышается внутриуретральное давление, особенно в задней уретре, что может быть причиной возникновения уретропростатических рефлюксов (попадания

мочи из уретры в предстательную железу), что, в свою очередь, по мнению некоторых исследователей, является одной из главных причин хронического простатита. Вследствие этого развивается воспалительный процесс, происходит выработка большого количества биологически активных веществ (медиаторов воспаления), которые, в свою очередь, вызывают боли, неприятные ощущения и различную симптоматику расстройств мочеиспускания. Так формируется порочный круг: повышение давления в задней уретре, заброс мочи в простату, воспаление, отёк, боль, нарушение мочеиспускания, а вследствие этого ещё большее повышение внутриуретрального давления. Применение α -адреноблокаторов разрывает этот круг.

Идеальным кандидатом для назначения α -адреноблокаторов является больной, у которого симптомы заболевания возникают или усиливаются вследствие увеличенного сопротивления мочеиспускательного канала, вызванного повышенным тонусом гладкомышечных элементов. Значительное число больных с существенными симптомами нарушения мочеиспускания и без признаков инфекционно – воспалительного процесса в нижних мочевыводящих путях соответствует этим критериям (De La Kossettr, 1992).

М. McNanghton-Collins и соавт. (1999) провели анкетирование среди урологов и выявили, что 77% урологов США назначают α -адреноблокаторы в половине и более случаев хронического простатита.

Больным хроническим простатитом, у которых 2-недельный курс антибактериальной терапии оказался неэффективным, может быть начато пробное лечение α -адреноблокаторами в режиме, аналогичном таковому у больных с доброкачественной гиперплазией простаты (A. Dobl, D. Taylor- Robinson, 1994). Рациональным подходом является титрование до максимальной эффективной /переносимой дозы, однако имеются указания на то, что для симптоматического улучшения у больных ХП в целом требуются меньшие дозы α -

-адреноблокаторов по сравнению с больными ДГП (G. A. Barbalias, 1998).

S. G. Weiss и T. D. Moon (2000) считают оправданным и назначение α -адреноблокаторов на срок 1 месяц и в последующем переход на интермиттирующее или постоянное лечение в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Наш опыт применения α -адреноблокаторов свидетельствует о возможности их применения в качестве составляющих комбинированного лечения совместно с антибактериальными, противовоспалительными средствами и физиотерапией.

При этом симптомы расстройства мочеиспускания купируются быстрее и результат терапии дизурических нарушений более устойчив, чем в отношении другой симптоматики.

При назначении α -адреноблокаторов для лечения различных расстройств мочеиспускания необходимо помнить, что достаточно быстро достигнутый результат от их применения может быть неустойчивым. Необходимо понимание этиологии и патогенеза происходящих процессов в каждом конкретном случае и назначение комбинированного лечения. Длительность приёма α -адреноблокаторов - 1-3 месяца и более:

Альфузозин, дальфаз, доксазозин, индорамин, кардура, кетансерин, корнам, ницерголин, омник, празозин, теразозин, тонокардин, феноксibenзамин, фентоламин.

Сульфаниламидные препараты.

Часто применяются для лечения простатитов следующие препараты:

ко-тримоксазол, триметоприм, бисептол, гросептол, бактрим, ориприм, сульфален.

Препараты, восстанавливающие микрофлору кишечника.

Длительное применение сильнодействующих противомикробных препаратов широкого спектра действия, как правило, не проходит бесследно для кишечной флоры. Часто развивается дисбактериоз, из-за которого нередко приходится отменять препараты, прерывать курс лечения. Да и в последующем, после интенсивного курса антибиотикотерапии больные месяцами лечатся по поводу расстройств кишечника. Начиная лечение простатита, об этом необходимо помнить и параллельно назначать препараты, поддерживающие или восстанавливающие микрофлору кишечника:

бифидумбактерин, бактисубтил, биовисит –лакто, биовистин, лактобактерин, линекс, хилак-форте и т.д.

Вытяжки из предстательной железы животных.

Препараты из вытяжки предстательной железы животных обладают иммуномодулирующим и стимулирующим действием и широко применяются в терапии различных заболеваний простаты:

раверон, витапрост, простакор, простатилен, простатоваверон, рабаверон,сампрост и т.д.

Ангиопротекторы, дезагреганты.

Проблема различных локализованных хронических воспалительных заболеваний, в том числе и хронического простатита, состоит в непоступлении в достаточно эффективных концентрациях антибактериальных средств в очаг воспаления из-за плохого кровоснабжения, наличия плотной капсулы вокруг предстательной железы и других факторов. Для преодоления препятствий используют различные группы лекарств, другие методы, улучшающие поступление антибиотиков в предстательную железу. Так, хорошо зарекомендовали себя лекарства и методы, расширяющие сосуды, улучшающие кровоснабжение в мелких сосудах и капиллярах, разжижающие кровь.

При застойных явлениях в органах малого таза, при простатите часто нарушаются микроциркуляция, реологические свойства крови. Назначение препаратов, улучшающих микроциркуляцию, способствует доставке антимикробных препаратов к воспалительному очагу: *анавелон, агапурин, андекалин, аспирин, галидор, гепарин, ксантинола никотинат, никотиновая кислота, никамилон, трентал, эскузан и т.д.*

Ферментные препараты.

Эти препараты улучшают проникновение медикаментов через плотную капсулу предстательной железы, в инкапсулированные инфекционные очаги, в различные воспалительные узлы и уплотнения. Оказывают рассасывающий эффект на эти узлы и уплотнения.

Вобезин, лидаза, гиалуронидаза, папаин, стрептокиназа, трипсин, химотрипсин, ДНКаза, калликреин, лизоцим, рибонуклеаза, террилиттин, фибринолизин.

Иммуномодуляторы.

Широко применяются препараты, укрепляющие и восстанавливающие внутренние резервные возможности организма, защитную, иммунную систему, которая, в свою очередь, способствует устранению разрушений и повреждений в половой системе, в предстательной железе.

Многочисленные исследования во всем мире показывают изменение, ухудшение иммунной защиты у многих наших современников. Также растет аллергизация населения.

Различают простатиты, возникшие первично из-за ослабления иммунной системы, да и при длительном течении воспалительного процесса, бесконтрольном и массивном приеме антибиотиков происходит снижение иммунитета, следствием чего является неэффективность лечебных

мероприятий.

Различают также простатиты аутоиммунной природы, обусловленные гиперреакцией иммунной системы, вследствие аллергии или другого патологического извращения ее реакции.

В этой связи особую актуальность приобретают препараты, усиливающие при дефиците или снижающие (при аллергии, аутоиммунных процессах), активность иммунной системы.

Иммуностимуляторы, иммунодепрессанты, иммуномодуляторы, препараты, нормализующие состояние иммунного ответа. Таких препаратов известно огромное множество. И их назначение должно производиться строго после специального анализа - иммунограммы, иначе очень велика возможность навредить пациенту. Ранее очень широко применяемые иммунные препараты – **тимоген, тималин, Т-активин, миелонид (В-активин)** – в последнее время применяются все реже и реже. Это связано с тем, что все большее число врачей убеждаются, что для назначения этих препаратов необходим подтвержденный дефицит клеточного или гуморального звена иммунитета. Если же нет возможности это подтвердить, нельзя их назначать на авось.

К иммуномодуляторам относятся: **бенитил, деринат, диуцифон, оротат калия, левамизол, пентоксил, полибиолин**.

Все шире применяются интерфероны и интерфероногены, особенно при вирусных инфекциях, хламидиозе. Наиболее известные представители – **виферон, лейкоинтерферон, неовир, реаферон, циклоферон**.

Из других иммунных препаратов для лечения простатита хорошо зарекомендовали себя: **беталейкин, иммунал, иммунофан, полиоксидоний, ронколейкин** и другие.

Некоторые врачи до сих пор назначают **аутогемотерапию**, которая позволяет повысить иммунологический статус и сопротивляемость организма.

Все реже и реже в виду многочисленных побочных эффектов стали применять **пирогенал**. Однако как препарат, активизирующий воспалительный процесс и таким образом способствующий лучшему контакту защитных сил организма с микроорганизмом, антибактериального препарата и микроорганизма, **пирогенал** показан при хроническом латентном течении простатита.

Профессор О. Л. Тиктинский (1994) обосновывает применение **пирогенала**, рекомендуя вводить его в/в под контролем медперсонала в стационаре, и приводит хорошие результаты такой терапии. У **пирогенала** есть способность подавлять патологическое рубцевание, ускорять рассасывание инфильтратов, стимулировать восстановление тканей после различных повреждений; кроме того, он обладает интерферогенной активностью, а также способствует лучшему проникновению химиотерапевтических веществ в очаг поражения. Специфическую иммунотерапию при хроническом гонорейном простатите проводят **гоновакциной**.

Противотрихомонадные препараты.

Рекомендуют прием этих препаратов, особенно в последнее время, в связи с широким распространением трихомонад, гарднерелл. Даже при отсутствии лабораторного подтверждения трихомонадной инфекции, гарднерелл, некоторые урологи противомикробное лечение при простатитах начинают с назначения этих препаратов в течение первых 5-7 дней.

Атрикан, клион, метронидазол, макмирор, наксоджин, нитазол, тинидазол, тиберал, трихопол, трихоионоцид, флагил, фазижсин, эфлоран и др.

Противогрибковые препараты.

Дифлюкан, нистатин, ламизил, леворин, орунгал, нимафуцин флюконазол, флюкостат... назначаются во

второй половине курса антибактериальной терапии для предупреждения появления дисбактериоза, кандидоза. При выявлении кандидоза с самого начала терапии.

Препараты, оказывающие успокаивающее, седативное воздействие на нервную систему.

Длительное хроническое воспаление простаты приводит к астенизации нервной системы, неврозам, к различным вегето-сосудистым расстройствам. Особенно же напряженность возникает при различных сексуальных расстройствах, длительном бесплодии. При астеническом синдроме рекомендуются транквилизаторы - стимуляторы: *триоксазин, сибазон, мезапам (рудотель* от ½ до 3 таблеток в день); при раздражительности – транквилизаторы с седативным действием: *нозепам, тазепам, элениум*; для терапии навязчивых состояний и ипохондрических расстройств – антидепрессанты (*пиразидол* до 0,05–0,1 г в день); при депрессивном синдроме – *пиразидол, нуредаль, амитриптилин*. Мы часто назначаем *настойки пустырника, пиона, боярышника, глицин, бром, новокаин, амитриптилин, сонопакс*.

Биостимуляторы, антиоксиданты.

Широко используются при самых разных заболеваниях и состояниях. Наибольшее применение при простатите нашли: *апилак..., АТФ..., алое, взвесь плаценты, дуплекс, плазмол, рибоксин, спленин, стекловидное тело, фибс..., рибоксин*.

Препараты на основе лекарственных трав, применяемые для лечения заболеваний предстательной железы:

аурита, гентос, копривит, Медный всадник, проставит, простакал, простаторекс, пермиксон, простанорм, серпекс, спеман, тыквеол, тентекс, облепиховое масло. Адаптон, леветон, элтон, фитотон, настойка левзеи, настойка женьшеня, настойка аралии, настойка элеутерококка и др. Эти и

многие другие препараты растительного происхождения хорошо зарекомендовали себя. Они эффективны в комплексном лечении простатита, аденомы простаты вместе с другими методами лечения. Выбор препарата для Вас осуществляет врач.

Витамины, микроэлементы, поливитамины улучшающие различные жизненно важные функции организма, деятельность близлежащих и других органов, так как любое заболевание - это проблема всего организма в целом, а не какой-то его части.

Аскорбиновая кислота, био-цинк тиамин хлорид, ко-карбоксилаза, никотиновая кислота, олиговит, пиридоксин гидрохлорид, ретинол, рибофлавин, супрадин, токоферола ацетат, цианокоболамин, цинк-хелат...

Препараты, обладающие анальгезирующим действием.

Применяются как для снятия болевого синдрома, снятия мышечного спазма, изменения тонуса мышц, так и для получения противовоспалительного эффекта:

Антипирин, амидопирин, анальгин, баралгин, бутадон, диклофенак, димексидо-медикаментозные смеси, индометацин, лидокаин, новокаин, но-шпа, папаверин, экстракт белладонны.

Гепатопротекторы.

Препараты, улучшающие работу печени обеспечивающие защиту печени от медикаментозного (антибактериального) токсического воздействия, в том числе и от назначаемой терапии.

Гептрал, карсил, лив.-52, липамид, легалон, метионин, тыквеол, эссенциале.

Гормональные препараты.

Одни авторы утверждают, что хронический простатит приводит к расстройствам метаболизма тестостерона и проявлениям клинической симптоматики андрогенной недостаточности (Л. П. Имшеницкая, И. И. Горпинченко, 1973; Б. А. Вартанетов, А. И. Демченко, 1975). Другие считают, что хронический простатит чаще развивается на фоне андрогенной недостаточности (В.П. Сергеев, А.И. Драновский, 1976). Вместе с тем подавляющим большинством специалистов принято правило: гормональные препараты необходимо назначать только после доказанной гормональной недостаточности.

Андриол, гонодотропин хорионический, гидрокортизон, меногон, метилтестостерон, омнадрен-250, пергонал, профази, преднизолон сустанон-250..., тестостерон-пропионат, тестобромлецит, тестенат и др.

2. СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Привлечение супруги, постоянной партнерши.

Привлечение к обследованию и лечению супруги, партнерши является очень серьезным и важным аспектом в терапии простатитов. Нередко при совместном обследовании обнаружение инфекции у одного из них бывает достаточным для назначения лечения обоим. Даже в тех случаях, когда не выявляется патогенная флора, мы часто видим, что жена длительное время безуспешно лечится по поводу различных заболеваний женской половой сферы, а муж - от простатита. Лечащие врачи – гинеколог, уролог, к сожалению, не согласовывают свою терапевтическую тактику друг с другом. А это важно. Один поддерживает воспалительный процесс у другого и наоборот, а лечение различными специалистами производится вразнобой, различными препаратами.

От супруги на приеме можно также получить информацию о нервно-психическом, сексуальном поведении

мужа, что очень важно для подбора тех или иных методик терапии, особенно для проведения психосексуальной реабилитации и регуляции половой жизни и, в конечном итоге, для излечения простатита.

Половая жизнь.

Регулярная половая жизнь способствует эвакуации секрета простаты, массажу предстательной железы и повышению тонуса ее мышц. Потому в большинстве случаев больным рекомендуется сексуальная жизнь во время лечения. Исключение составляют выраженная активность воспалительного процесса, наличие гноя, инфекции, передающейся половым путем. В таких случаях больному предписывается половое воздержание, в некоторых случаях сношение с использованием презерватива. При наличии сексуальных проблем в каждом конкретном случае выдаются индивидуальные рекомендации.

Как известно, выведение секрета предстательной железы (при семяизвержении, при массаже простаты) стимулирует выработку тестостерона клетками Лейдига, что способствует нормализации половой функции (Г. С. Васильченко, 1977).

Нередко при обычном половом акте полная эвакуация секрета не происходит. Это связано с тем, что выходные каналцы сдавлены окружающим отеком, закрыты слепками (пробками) затвердевшего секрета.

При атонии железы мышечные волокна так ослаблены, что не происходит полноценное сокращение.

Массаж предстательной железы

Массаж, проведенный врачом-специалистом по показаниям, - один из эффективных методов лечения. Хотя в литературе иногда и встречаешь противников лечебного массажа, таких выступлений единицы. Б. Н. Хольцов

утверждал, что в значительном числе случаев можно достигнуть полного излечения с помощью продолжительного массажа, в течение нескольких месяцев. И. М. Порудоминский видел в массаже самый эффективный метод терапии хронического простатита. Массаж предстательной железы в большинстве случаев проводят через день курсами продолжительностью 3-4 нед. Однако А. П. Цулукидзе (1959) и О. Л. Тиктинский (1990) считают возможным массировать железу даже ежедневно. В. И. Жуков (1983) советует делать массаж 2-3 раза в неделю, а А. J. Leader (1958) – вначале через 4-7 дней, а затем ежедневно до ликвидации симптомов простатита. Напротив, М. О. Лихтенштейн (1937) подчеркивает, что длительный непрерывный массаж вреден. J. J. Rodale (1967) допускает выполнение легкого массажа не чаще одного раза в 2 нед. Е. М. Meares (1989) назначает его только при отсутствии половой активности. Н. Stahler (1955) вообще не рекомендует массаж при хроническом простатите, а С. Blumensaat (1961) относит массаж к вмешательствам, противоречащим основным принципам хирургии. Врач должен определять случаи, когда можно проводить массаж и когда имеются противопоказания для этого. В начальных стадиях хронического простатита проводят щадящий, осторожный массаж. Применение жесткого воздействия может привести к раздражению воспаленных тканей и усилению патологического процесса, а также к массивному поступлению в кровь продуктов распада и даже гноя.

Массаж в более поздних стадиях, когда собственно воспаление не так выражено, больше имеют место процессы разрастания соединительной ткани, появление уплотнений, можно проводить более активно, воздействуя на образующиеся рубцовые ткани. Особенно показан массаж при атонии простаты, застойных явлениях у тех, кто не живет регулярной половой жизнью.

Можно сослаться на старую урологическую заповедь: чем

более выражены изменения в простате, тем менее активным должен быть массаж. Для проведения массажа пациент занимает позу на четвереньках на кушетке (как при осмотре простаты), и врач введенным в задний проход пальцем в течение 1-2 минут проводит массирующее воздействие.

Каждая процедура начинается с более осторожных движений, а заканчивается более интенсивными.

С учетом анатомического строения железы вначале массируют периферию простаты спиралеобразными движениями поочередно слева и справа по направлению от периферии к центру и, наконец, по продольной борозде сверху вниз. Такая последовательность имеет целью, кроме улучшения кровообращения, выдавливание продуктов распада и гноя из периферических отделов железок простаты в более крупные протоки, затем в самые крупные и, наконец, в мочеиспускательный канал. Иногда с этой целью врач проводит больному после массажа предстательной железы промывание мочеиспускательного канала. Для удаления попавших в мочеиспускательный канал продуктов воспаления и распада мужчине следует помочиться непосредственно после процедуры. Обычно назначают курс из 10-12 процедур через день. Лечащий врач в соответствии с наблюдаемой картиной заболевания самостоятельно выбирает как частоту процедур, так и длительность каждой из них и всего курса в целом.

Гидромассаж предстательной железы.

Кроме пальцевого массажа простаты, для лечения хронического простатита применяют также гидромассаж. Эта процедура позволяет мужчине самостоятельно проводить воздействие на простату в случаях, когда обстоятельства не позволяют ему регулярно посещать врача.

Гидромассаж заключается в следующем. Один раз в

день (обычно вечером) мужчина делает себе обычную очистительную клизму (вводит в прямую кишку 150—200 мл теплой воды, 5—10 минут лежит на левом боку, затем опорожняет кишечник).

Затем он вводит в прямую кишку от 300 до 800 мл отвара ромашки (или шалфея, или тысячелистника, или любого другого противовоспалительного травяного сбора). Объем введенной жидкости должен быть таким, чтобы вызвать ощутимые позывы к дефекации.

Но в отличие от очистительной клизмы мужчина не ложится, а ходит, в течение 10-15 минут удерживая отвар в прямой кишке. При этом кишечник, сокращаясь, стремится вытолкнуть жидкость, а пациент сознательными усилиями вновь гонит ее вверх. Происходит очень мягкий и достаточно интенсивный массаж простаты и одновременное всасывание лекарственных веществ из раствора в окологростатическое пространство.

Курс гидромассажа обычно составляет 8—10 процедур (ежедневно или через день). В то же время его можно рекомендовать мужчинам с малоподвижным образом жизни, частыми и длительными перерывами в половой жизни, перенесшими в прошлом воспаление простаты.

Для массажа предстательной железы нами предложено и применяется **устройство для гидромассажа** (А. П. Азизов, И. И. Горпинченко, А. А. Михайлов, 1991) – изобретение (а.с. выдано ВНИИГПЭ за № 1651897 от 1.02.1991 г.), принцип действия которого заключается в распылении лекарственной жидкости двумя вращающимися трубками, которые вводятся в прямую кишку и создают радикальные и касательные потоки. Попадая на основание выпуклой поверхности прямой кишки (предстательная железа), потоки обтекают и сглаживают их, обеспечивая при этом направленный отток секрета. Под действием разрежения, создающегося вакуумным устройством, отработанная лекарственная

жидкость отсасывается и попадает в сливную полость корпуса. По усмотрению медперсонала можно изменить температуру, давление и состав лекарственной жидкости.

Микроклизмы

Для создания высокой концентрации лекарственных веществ в предстательной железе и в органах малого таза применяются микроклизмы. Лекарственные препараты, введенные в прямую кишку, всасываются и быстрее всего попадают в вены малого таза. Такой путь введения лекарств позволяет избежать побочных действий лекарств на печень и другие жизненно важные органы.

Для уменьшения воспалительного процесса широко применяются микроклизмы (80—100 мл жидкости при 40—42 °С) с различными лекарствами (**анальгин, бальзам Шостаковского, ихтиол**) и настоями трав (**ромашка, зверобой, шалфей**), **пихтовым маслом, настоем прополиса** и т. д. Настой из ромашки готовят так. Берут 15—20 г цветков ромашки и заваривают в 120 мл кипятка, настаивают 2—3 часа, охлаждают до 40—42 °С и вводят 80—100 мл в прямую кишку перед сном. Для микроклизм можно также использовать **ромазулан, ротокан**. Курс лечения – 10-15 микроклизм.

Хороший результат дают микроклизмы из настоев **травы тысячелистника** обыкновенного (5-8 г на 200 мл кипятка), **листьев шалфея** лекарственного (10-15 г на 200 мл кипятка), **отвара льняного семени** (1 часть льняного семени и 30 частей воды), отвара **смеси травы мяты перечной, цветков ромашки** аптечной, **травы зверобоя** обыкновенного и 20 капель жидкого **экстракта белладонны**. Кругляк Л. Г. (1996) рекомендует широко применять **пихтовую воду и масло** в виде микроклизм при лечении хронического простатита.

Метод первый. В спринцовку набирают 40-50 мл

пихтовой воды и ставят на водяную баню. Подогрев до 38-40°C (проверить, капнув несколько капель на тыльную сторону кисти) и выдавив лишний воздух, содержимое спринцовки вводят в прямую кишку. Затем следует лечь на живот на 7—10 минут. Микроклизмы делают после стула или очистительной клизмы. Продолжительность лечения 40—50 дней. Курс советуем повторить через 3—4 месяца.

Наряду с микроклизмами рекомендуется втирание чистого пихтового масла в промежность, но, учитывая его раздражающее действие, наносить его надо очень осторожно — не следует касаться мошонки и анального отверстия.

Метод второй. В спринцовку с пихтовой водой добавляют пихтовое масло. Начинают с пяти капель и при отсутствии неприятных ощущений увеличивают дозу каждые 2—3 дня, доведя количество капель до 10—12. Курс лечения 25—30 дней, повторение возможно через 2—3 месяца.

Метод третий. Пихтовое масло смешивают с облепиховым, персиковым или подсолнечным в пропорции 1:1. Смесь взбалтывают, смачивают маленький кусочек бинта или ваты и отжимают, чтобы с него не капало. Вводят в прямую кишку (указательным пальцем с надетым на него резиновым напальчником) и оставляют там тампон до очередного стула.

Добавление в микроклизмы **димексид** позволяет увеличить всасывание, проницаемость других лекарственных веществ. Сам димексид обладает противовоспалительным, противоотечным и обезболивающим действием. А. В. Сагалов (2002) предлагает следующий состав для микроклизм:

- **отвар ромашки** (или кипяченая вода) - четверть стакана (45-50 мл);
- **димексид, 2 мл** (образует в отваре ромашки 4-5 % раствор);

– **антибиотик** (порошок из одной капсулы **доксациклина**, $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ **таблетки ципролета 250**, размолотые ложечкой в порошок).

Отвар ромашки, раствор для микроклизм желателен каждый раз готовить свежий. При плохой переносимости (плохо удерживается в прямой кишке) необходимо начинать с малой концентрации димексида. Например, с 0,5 мл, постепенно увеличивая дозу. Удерживать лекарство в прямой кишке следует 4 часа и более. Микроклизму лучше сделать на ночь после опорожнения кишечника и очистительной клизмы.

При болевом синдроме рекомендуются микроклизмы с подогретым рыбьим жиром (20 мл 2 раза в день в течение 2-х недель).

Ректальные свечи.

Для лечения простатита используются самые различные свечи, как имеющиеся в широкой продаже в аптеках (**ихтиоловые, синтомициновые, папавериновые, с экстрактом красавки, белладонны, прополиса, индометациновые, витапрост** и т.д.), так и приготовленные по специальной прописи. Например, в аптеке по заказу можно приготовить свечи с пихтовым маслом (не менее 10 капель на свечу). Срок их хранения в холодильнике не больше недели (из-за летучих свойств пихтового масла). После курса лечения (25-30 дней) исчезают болевые ощущения, улучшается потенция.

Добавление димексида в свечи повышает эффективность их применения. Широко применяются суппозитории из **экстракта прополиса**, лечебные микроклизмы из 4% водного раствора прополиса; в виде свечей и микроклизм **мазь троксевазин-300**.

Местное введение свечей, микроклизмы, ионо-фонофорез 5% раствором **аминокапроновой кислоты** в качестве

ингибитора биологически активных факторов лейкоцитов дают хорошие результаты при хронических, длительно протекающих формах воспаления, особенно при наличии инфекции.

Внутриуретральное введение лекарств (инстиляции).

Старые венерологи говорят, что в уретру можно ввести то, что уверенно можно ввести в глаз. Мы придерживаемся правила соблюдать большую осторожность при инстиляциях и других манипуляциях с уретрой (уретроскопия, эндоуретральные физиопроцедуры, бужирование, катетеризация, инстиляция различных химически агрессивных препаратов).

Там, где это возможно, необходимо постараться обходиться без этих процедур. При всех вышеназванных процедурах происходит раздражение, прижигание, травматизация слизистой мочеиспускательного канала, ухудшается качество вырабатываемой парауретральными железами слизи, ее бактерицидность. На этом этапе резко возрастает вероятность инфицирования уретры извне патогенной или условно патогенной флорой, ранее безобидно присутствовавшей здесь.

Необходимо указать на неэффективность инстиляций шприцом, без использования катетера, когда лекарственный препарат вводится только в передний отдел мочеиспускательного канала. Наружный сфинктер не позволяет ему попасть в задний простатический отдел, где в основном и локализуется воспалительный процесс при простатоуретрите. Какую бы санацию мы не проводили в передней уретре, инфицированный материал - моча, слизь, сперма, поступающая сверху из заднего отдела, не позволит ей оставаться чистой.

Каждый раз, когда конкретно определены показания к инстиляции, она должна выполняться через катетер.

Хлоргекседин, мирамистин для инстиляций должны быть разведены 5-10 раз. *Димексид* необходимо использовать в концентрации 5-10%. Довольно широко для инстиляций в своей практике мы используем стандартный раствор *метрогила* для внутривенного вливания или различные составы с антибиотиком на димексиде.

Мы часто применяем инстиляцию уретры растворами *диоксидина, хлорофилипта, лизоцима, интерферона*, а также смесью следующего состава: 10% раствор *димексида* 5,0 мл, *рифампицин* 0,15, *масляный раствор ретинола ацетата* 2,0 мл.

- *Диоксидин*, 1% водный раствор, вводится в заднюю уретру по 10 мл; одновременно вводим в прямую кишку 30 мл этого же раствора. Больной не мочится в течение 2-3-х часов, процедуру проводят ежедневно или через день, № 15-20. При необходимости повторяем 2-3 курса с интервалом 30 дней.

- *0,5 % йод-пихтовый раствор*, основой для приготовления которого служит 10 %-ный раствор пихтового масла на рыбьем жире. Для инстиляции после мочеиспускания в уретру вводится по 8,0-10,0 0,5% *йод-пихтового масляного раствора*, который удерживается 10 минут и выпускается наружу (так проверяется переносимость препарата). При повторном введении легким массирующим движением препарат продвигается в заднюю уретру, после чего больной воздерживается от мочеиспускания. Процедуру проводят через день, № 15-20. При необходимости проводят повторно с интервалом 10 дней 2-3 курса. Одновременно рекомендуется вводить в прямую кишку по 30-40 мл 0,25 % *йод-пихтового масляного раствора* в виде микроклизм.

Для инстиляций также успешно применяется следующий состав:

димексид 0,5 % - 400,0 + дексаметазон 0,1% - 30,0 + доксициклин - 8,0 + метрогил 0,5% - 60,0.

При хронических торпидных уретритах и уретрогенных простатитах В. А. Молочков, И. И. Ильин (1998) широко применяют ежедневные промывания переднего и заднего отделов уретры слабым раствором **перманганата калия (1:10000-1:6000)**, **фурацилином (1:5000)**, раствором **нитрата серебра (1:4000)**, **оксацианидом ртути (1:800)**, 5-10% раствором димексида, орошения комплексным ферментным препаратом **катафермом (50ПЕ** растворяют в 4 мл дистиллированной воды). При наличии мягкого инфильтрата или грануляций назначают инстиляции уретры растворами нитрата серебра (0,25-1%), **протаргола (1-2%)**, **геля «Лигентен»** (содержит гентамицина сульфат, этоний, лидокаин; обладает бактерицидным и бактериостатическим свойствами в отношении стафилококков, стрептококков, грибов рода *Candida* и др.), 1% раствора диоксидина, **эктерицида, микроцида, 0,001-0,005% миримистина, 5% суспензии гидрокортизона** 1 раз в 2-3 дня. При отсутствии эффекта ограниченные участки поражения слизистой оболочки смазывают 10-20% раствором нитрата серебра через тубус уретроскопа с промежутками 5-6 дней, на курс 3-5 процедур. При трихомонадном уретрите хороший эффект дают инстиляции раствором, содержащим 20 г протаргола, 15 г осарсола и 300 мл дистиллированной воды. При десквамативном уретрите применяют инстиляции 2 раза в день **1% раствором сульфата цинка** или смесью следующего раствора: **Zinci sulfatis, Plumbi acetatic aa 1,0; Aq.dest 200,0**. При переходном инфильтрате и уретральном адените применяют бужирование уретры прямыми или кривыми бужами возрастающего диаметра (на курс 8-12 бужирований в течение 1-1,5 мин.) с массажем уретры на буже или **тампонады уретры по Вашкевичу**. Для этого в переднюю уретру до наружного сфинктера вводят уретроскопическую трубку (№25-27), obturator вынимают, а через тубус вводят слабо накрученный на гладкий круглый зонд

ватный тампон, пропитанный 2-3 % глицериновым раствором протаргола или 1-2 % раствором колларгола. Придерживая зонд, извлекают тубус уретроскопа, затем вынимают из тампона зонд. Тампон оставляют в уретре на 1-3 ч., после чего он выводится из уретры струей мочи при мочеиспускании. Тампонаду выполняют 2-3 раза в неделю, всего 6-8 процедур на курс лечения (В. А. Молочков, 1998).

3. НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТАТИТА

Рефлексотерапия.

Наш десятилетний опыт рефлексотерапии хронических простатитов, когда использовалась иглотерапия (совместная работа с Х. А. Ажубовой, доложена на конференции «Традиционная медицина: теоретические и практические аспекты», г. Чебоксары, 1996), введение лекарственных веществ в биологически активные точки (совместная работа с А. А. Кадаевым, доложена на конференции «Актуальные вопросы курортологии и физиотерапии», Махачкала, 1988), пчеложаливание (совместная работа с Ш. М. Омаровым, доложена на II национальном конгрессе по натуротерапии, Санкт-Петербург, 1997; на V научно-практической конференции «Апитерапия сегодня», г. Рыбное, 1997), гирудотерапия, прикладывание пиявок на рефлексогенные зоны и биологически активные точки (результаты доложены на II национальном конгрессе по натуротерапии, 1997; Республиканской конференции «Актуальные вопросы урологии», Махачкала, 1997»), позволил нам получить хорошие результаты. В зависимости от подготовки врача по рефлексотерапии, знания основ китайской медицины, применяется та или иная методика клинической рефлексотерапии, иглотерапии, акупрессура, прижигание, аурикулотерапия или воздействие на эти точки различными физическими факторами (гальванизация, электрофорез,

магнитотерапия, лазер, струйный душ, тепловое или холодное воздействие и т. д.), введение различных лекарственных веществ с целью более длительной реакции. Все эти методы эффективны в руках специалиста, при индивидуальном подборе точек и интенсивности воздействия, с учетом различных других факторов (Д. М. Табеева, Гаваа Лувсан, 1980).

Апитерапия.

Одним из хорошо зарекомендовавших себя на протяжении многих столетий методов лечения различных заболеваний является апитерапия (лечение продуктами пчеловодства и пчелужаливанием). Применение маточного молочка, цветочной пыльцы, прополиса и меда в комплексе с траволечением и другими методами используется при лечении хронических простатитов, особенно тех форм, при которых развиваются нарушения половой способности и бесплодие. Продукты пчеловодства и их производные эффективны не только при приеме внутрь, но также для промывания, аппликации, электрофореза и др. Пчелужаливание в различные участки тела, особенно в сегментарные и биологически активные точки, дает хорошие результаты при хронических простатитах, трудно поддающихся терапии другими методами.

Мы имеем достаточно большой опыт применения продуктов пчеловодства в клинической практике, особенно в терапии хронических простатитов и сексуальных расстройств. (Результаты их применения изложены в наших многочисленных публикациях, в том числе в совместных работах с профессором Р. Д. Сейфуллой в журнале «Пчеловодство», № 1, 1997, в книге в соавторстве с профессором Ш. М. Омаровым «Продукты пчеловодства и лекарственные растения в сексологии», 1996 г., и других). Апитоксинорефлексотерапия, пчелужаливание – старый,

незаслуженно забытый метод эффективного лечения различных заболеваний и состояний. Наш опыт 10-летнего использования пчелужаливаний в терапии простатита и сексуальных расстройств позволяет нам говорить о его эффективности.

По итогам совместных исследований с профессорами А. А. Абдулаевым, Ш. М. Омаровым, Р. Д. Сейфуллой мы неоднократно сообщали о результатах лечения больных простатитом на различных форумах коллег (на V и VI научно-практических конференциях “Апитерапия сегодня”, Рыбное, 1997,1998 г.г.; II национальный конгресс по натуротерапии, научный форум «Здоровый мир», Санкт-Петербург, 1997,1998 г.г.; I-й съезд кардиологов Юга России, Ростов -на -Дону,1997 г.).

В каждом конкретном случае подбиралась индивидуальная методика апитоксинорефлексотерапии. Пчелужаливание проводили в биологически активные точки по Табеевой, используемые в китайской медицине для рефлексотерапии хронического простатита, по специальному подбору (методика апитоксикорефлексотерапии, А. П. Азизов, 1995 г.). К пчелужаливаниям приступали после пробы на чувствительность к пчелиному яду, после анализов крови и мочи.

Курс лечения состоял в среднем из 6-8 сеансов с интервалом 4-5 дней. Чаще использовались такие точки: E36, RP6, RP9, VC4, VC6, VG3, VG4, F2, F5, V23, V31, V32, V33, V34, V52. В среднем курс лечения длился около месяца. Из 100 наблюдаемых нами мужчин, страдающих хроническим простатитом, в течение 3-х лет только в 20% случаев возникала необходимость повторения, закрепления лечения через 6-8 месяцев, после чего уже необходимость повторного лечения в течение 2-х лет возникала лишь в 4%. Все остальные пациенты чувствовали себя хорошо.

Гирудотерапия.

Гирудотерапия – метод лечения, имеющий древнюю историю. Медицинскими пиявками лечили до Рождества Христова. Ими также лечили египетских фараонов. Достаточно широко в своей практике этот метод использовали древние врачи Темисон, Гален, Аэций, Ибн Сина. Особенно широко гирудотерапия применялась в конце XVIII и в первой половине XIX веков. Горячими приверженцами гирудотерапии были известные отечественные врачи М. Я. Мудров, Г. А. Захарьин. Благодаря работам В. А. Савинова (1993,1998), Г. Н. Никонова (1996) гирудотерапия начинает получать распространение и в наше время. Гамма биологически активных веществ, содержащихся в секрете слюнных желез пиявки, оказывает разностороннее благотворное действие на организм больного. К ним помимо гирудина относятся ингибиторы трипсина и плазмينا, альфа-химотрипсина, химазина, субтилизина, гиалуронидаза, гистаминоподобные вещества, бделлины, эглины, дестабилазный комплекс, псевдогирудин и другие (В. А. Савинов, 1993).

При постановке пиявки достигается не только кровоизвлечение, но и другие биологические эффекты, такие как общее рефлексогенное, деконгестивное, антигипоксическое, гипотензивное, иммуностимулирующее, противомикробное, противовоспалительное, противоотечное, обезболивающее и антиатеросклеротическое воздействие (В. А. Савинов, 1993). С одной стороны, при постановке пиявка оказывает кровоостанавливающее действие, с другой – антикоагулирующее, защитный противотромботический эффект и тромболитическое действие, которое приводит к устранению микроциркуляторных нарушений и противоишемическому эффекту (Г. Н. Никонов, 1996).

При хроническом простатите целью лечения является не

только уничтожение инфекции. Многочисленные схемы и методы терапии, осуществляемые с этой целью, как правило, малоэффективны. Снижение, нарушение местного защитного потенциала (местный иммунодефицит, конгестия, нарушение микроциркуляции) является первопричиной. Вследствие чего создаются условия для активации микроорганизмов, до этого присутствовавших в этом регионе или вновь попавших и не встретивших противодействия со стороны иммунной системы. Задолго до активации инфекции в предстательной железе возникает ишемия, гипоксия паренхимы, расстройства микроциркуляции, в последующем и местный иммунодефицит. Исходя из такого понимания этиопатогенеза хронического простатита, мы около десяти лет используем в нашей практике метод гирудотерапии. О наших положительных результатах применения пиявок для лечения хронического простатита и половых расстройств мы докладывали неоднократно на различных конференциях и симпозиумах врачей, ученых (конференция «Актуальные вопросы урологии», Махачкала, 1997, IV национальный конгресс по профилактической медицине и валеологии, Санкт-Петербург, 1997; I-ый съезд кардиологов Юга России, Ростов-на-Дону, 1997). Использование пиявок дает возможность улучшить локальный лимфоотток и капиллярное кровообращение, что создает оптимальные условия для направленного повышения концентрации лекарственных веществ в очаге заболевания, восстановления микроциркуляции и местного иммунитета.

Под нашим наблюдением в течение последних 5 лет находились 78 больных хроническим простатитом, лечившихся гирудотерапией. Пиявки ставились по методике, предложенной В. А. Савиновым (1993), дополненной и модифицированной нами (А. П. Азизов, 1996). Одновременно ставились 2, 4, 6 пиявок на область промежности, точки передней зоны области ануса, область ромба Михаэлиса,

копчик, точки выше лонного сочленения, в правое подреберье, пупок и т.д. с интервалом 4–6 дней, 4–5 процедур в течение месяца. Несмотря на кровоизвлечение, иногда и умеренное кровотечение (одна приставленная пиявка извлекает в общей сложности до 30–40 мл крови), пациенты чувствовали себя хорошо, появлялось чувство бодрости и легкости. У большей части больных в течение первой недели гирудотерапии отмечалось обострение воспалительного процесса в предстательной железе, которое выражалось в появлении и усилении болевых ощущений. В первой порции мочи и в соке простаты увеличивалось количество лейкоцитов. Признаки обострения процесса обычно проходили после второй и третьей процедуры и не требовали дополнительного назначения медикаментов.

Полное обследование до и после лечения, контрольные исследования в течение 6 месяцев после лечения, дальнейшее наблюдение позволяют нам сделать вывод. Нормализация мочеиспускания, купирование болевого синдрома, улучшение половой функции, восстановление и стабилизация показателей спермограммы в группе получавших гирудотерапию происходят к концу лечения в более полной мере, чем в контрольной группе получавших лечение по общепринятым стандартам. И этот результат почти стабильно держался в течение наблюдаемого периода.

При проведении гирудотерапии необходимо строго придерживаться следующих правил:

- каждая пиявка должна быть приобретена в официальном учреждении, имеющем лицензию на разведение пиявок;
- на каждую партию пиявок должен быть сертификат;
- каждая пиявка должна быть уничтожена после постановки. Это означает, что пиявка – для однократного пользования.

Только соблюдение этих правил дает гарантию, что, во-

первых, через пиявку не произойдет заражения СПИДом, вирусным гепатитом и массой других инфекций; во-вторых, будет использована именно медицинская пиявка, а не ее собрат; в-третьих, пиявка окажется с необходимым сроком голодания (3-6 мес.) – период, необходимый для накопления биологически активных веществ в ее слюне.

4. АДАПТОГЕНЫ

По определению Н. Н. Каркищенко (1995), адаптогены - лекарственные средства, повышающие неспецифическую устойчивость организма к неблагоприятным воздействиям внешней среды. Способность оказывать как на организм в целом, так и на различные органы и системы стимулирующее и тонизирующее действие является характерным для всех адаптогенов.

Преимуществом группы стимуляторов природного происхождения (золотой корень, аралия, лимонник, левзея, женьшень, заманиха, элеутерококк и др.) является низкая токсичность, широкая область применения, отсутствие фазы отрицательного последствия и привыкания. По механизму действия они близки к стимуляторам «экономизирующего типа», в частности «энергизаторам» (Ю. Г. Бобков с соавторами, 1984). Адаптогенам свойственны нормализующее действие независимо от направленности и предшествующих сдвигов (И. И. Брехман, 1980).

Действие адаптогенов неспецифично и универсально. Положительные эффекты при их действии осуществляются не за счет стимуляции каких-либо процессов, а за счет оптимизации обменных процессов, защиты тканевых структур от разрушений, пишет доктор биологических наук. А. В. Лупандин (1990).

Их объединяет наиболее существенное общее свойство – способность повышать сопротивляемость организма

неблагоприятным воздействиям (физической, химической и биологической природы).

Системное действие адаптогенов:

Влияние на центральную нервную систему. Адаптогены оказывают на нервную систему стимулирующее и тонизирующее действие. Влияние препаратов на нейрохимические процессы мозга, вероятно, обусловлено сложным стереотипом их нейротропной активности, сочетающей элементы психостимулирующих, транквилизирующих и антидепрессантных эффектов.

Влияние на эндокринную систему. Осуществляется, в том числе и через регуляцию функций внешних нервных центров, активации различных ферментных систем во всех тканях организма.

А. В. Лупандин, И. М. Папаев (1981) пишут о способности адаптогенов корректировать «избыточную» активность гормональных систем и скорость метаболических реакций в условиях стресса или пониженной активности некоторых эндокринных органов, вырабатывающих гормоны (в частности, гонадотропных гормонов).

Панаквилон, содержащийся в женьшене, оказывает стимулирующее действие на эндокринную систему и поддерживает необходимый уровень гормонов в организме. **Препараты лимонника** способны изменять действие некоторых гормонов, усиливая или ослабляя его. При этом функция желез внутренней секреции не выходит за рамки физиологических границ.

Примеров аналогичных действий других адаптогенов можно привести множество.

Влияние на энергетический метаболизм. Активная деятельность человека, в том числе и сексуальная, лимитируется значительным количеством факторов, имеющих биохимическую природу, происходящих не только

в центральной нервной системе, в железах внутренней секреции и других системах организма, но и в работающих мышцах, в нервно-мышечных синапсах. Лимитирование работоспособности в большинстве случаев вызвано развитием утомления и связано с нарушением энергетического обеспечения двигательной деятельности. Воздействие адаптогенов растительного происхождения на основные регуляторные механизмы приводит к повышению генетической активности клеток, к увеличению биогенеза митохондрий, усилению мощности системы окислительного ресинтеза АТФ и к восстановлению дефицита макроэргов (АТФ, гликогена, креатинфосфата и т. д.).

Родозин, экдистен, лигнаны, схизандрин, панаквилон и другие активные компоненты адаптогенов способны регулировать интенсивность внутриклеточного метаболизма в период их функциональной деятельности, создавая условия для более раннего наступления «устойчивого состояния» метаболических процессов в работающих системах организма. Таким образом, применение адаптогенов расширяет энергетические возможности организма. Поэтому в условиях стресса энергетического потенциала хватает и для нормального функционирования клетки, и на биосинтетические процессы.

Антиоксидантное действие. За счет антиоксидантного действия адаптогенов обеспечивается защита от повреждения клеточных структур, усиливается митотическая активность и в итоге оптимизируется формирование системного структурного следа адаптации в виде перестройки структуры и функций органов и систем.

А. В. Лупандин (1990) предлагает выделить три группы адаптогенов:

1. с преимущественным нейротропным действием (***лигнаны лимонника, некоторые гликозиды аралиевых, родиола розовая***);

2. с преимущественным антиоксидантным эффектом (**флавоноиды, ауроны, катехины, танины, адаптогены животного происхождения – пантокрин, рантарин** и др.)

3. смешанного действия (**гликозиды аралиевых, золотого корня** и др.)

Первые оптимизируют по преимуществу протекание срочной адаптации, вторые - долговременной, третьи более универсальны по характеру получаемого эффекта, но уступают первым по способности оптимизировать срочную адаптацию. Для достижения лучшего эффекта необходимо применение адаптогенов в виде смесей препаратов разных групп, так как антиоксидантная активность смеси адаптогенов возрастает во много раз и превосходит суммарную активность отдельных компонентов. (А. П. Азизов с соавт., 1996, 1997).

Влияние на пластический обмен. Анаболическое влияние фитоэкдистероидов характеризуется той же специфичностью действия, что и мужские половые гормоны. Потому они могут быть использованы для стимуляции белковосинтезирующих процессов в организме при его ослаблении общего характера без серьезных эндокринных нарушений. (С. Ю. Симакин и соавт. 1988; М. И. Косовский и соавт., 1989).

Влияние на физическую работоспособность. Использованию адаптогенов при выполнении запредельных физических нагрузок посвящены работы Р. С. Суздальницкого с соавт. (1984), Р. Д. Сейфуллы (1987), Н. Г. Арцимовича (1994), Nodel (1996), А. П. Азизова с соавт. (1996) и других. Физическая работоспособность складывается из силы, скорости и выносливости, при выполнении нагрузки. Выносливость представляет собой психофизиологическую способность человека сопротивляться нарастающему утомлению (I. Weineck, 1978). Выносливость как организма в целом, так и отдельных частей и систем важна не только при физических нагрузках, но и при различных неблагоприятных

воздействиях, таких как инфекция, токсическое или радиационное воздействие, психологическая стрессовая ситуация и др.

Влиянию адаптогенов и их комплексов на физическую работоспособность, силу, скорость и выносливость мы вместе с профессорами Р. Д. Сейфуллой, Ш. М. Омаровым посвятили ряд научных исследований. Обнаружение и коррекция факторов, лимитирующих работоспособность при помощи лекарственных веществ, были обозначены нами как «фармакологический мониторинг работоспособности (выносливости) человека» (Р. Д. Сейфулла, А. П. Азизов, 1997).

Наши работы по применению адаптогенных препаратов и их комплексов получили положительный отзыв в НИИ физкультуры и спорта, подписанный доктором медицинских наук, профессором В. А. Левандо в 1998 году.

Влияние на иммунологический статус организма. Препараты женьшеня и другие адаптогены обладают иммуностимулирующим действием (Г. Н. Фолыуская и соавт., 1992; В. А. Огреба и соавт., 1990; М. Mizumo, 1994). *Элеутерококк* индуцирует в организме образование гамма-интерферона, повышая количество Т-хелперов, снижая количество Т-супрессоров (В. М. Гагаринова, Н. М. Пискарева, 1993 г.).

- На основании иммунофармакологических исследований (А. П. Азизов с соавт., 1996, 1997, 1998) установлено, что *цветочная пыльца, экстракт элеутерококка, экстракт левзеи, экстракт родиолы розовой, настойка лимонника, комплексные адаптогены - элтон, леветон, фитотон, адаптон* в различной степени повышают сниженную концентрацию иммуноглобулинов А и G, а также компонента комплемента С3. Все изученные препараты являются активными средствами восстановления при снижении реактивности иммунной системы. Полученные

данные согласуются с литературой об иммуномодулирующем действии адаптогенов (Ш. Б. Садыков с соавт., 1984; J. Rao, 1996; L Castell et al., 1996; M. Liu et al., 1996; J. Lee et al., 1997).

На наши работы по изучению и применению адаптогенных препаратов и их комплексов был получен положительный отзыв, подписанный заведующим лабораторией иммунологии НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды им. А. Н. Сысина РАМН, доктором медицинских наук, профессором И. В. Петровой в 1998 году.

Нормализующее влияние адаптогенов на свертывающую и антисвертывающую системы показаны в работах Д. М. Зубаирова (1963), Р. Д. Сейфуллы (1980,1995), В. А. Лихацкой с соавт. (1991), А. П. Азизова (1996,1997,1998). Наши работы по изучению и применению адаптогенных препаратов получили положительный отзыв, подписанный заведующим лабораторией гемореологии и гемостаза НИИ неврологии РАМН, доктором медицинских наук В. Г. Ионовой в 1998 году.

Повышение сексуальной активности мужчин. Адаптогены достаточно широко и эффективно применяются для повышения мужской сексуальной активности (усиление либидо, эректильной способности, яркости оргазма, нормализации продолжительности полового акта) (Г. С. Васильченко, 1990; В. В. Кришталь, 1997).

На базе Федерального центра медицинской сексологии и сексопатологии НИИ психиатрии МЗ РФ совместно с профессором Н. Д. Кибриком, старшим научным сотрудником Ю. А. Решетняком в 1995-1997 г.г. мы проводили исследование влияния различных адаптогенов на сексуальную активность мужчин.

Положительные результаты применения адаптогенов для

лечения сексуальных расстройств опубликованы в наших работах в соавторстве с профессорами А. А. Абдулаевым (1996,1997), Ш. М. Омаровым (1996, 1997), Н. Д. Кибриком (1997,1998), Р. Д. Сейфуллой (1997,1998) и другими.

Результаты работ доложены на II национальном конгрессе по натуротерапии и рекреации (Санкт-Петербург, 1997); на I съезде кардиологов России (Ростов–на-Дону, 1997); на IV Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (1997).

На наши работы по изучению механизма действия адаптогенов и их комплексов был получен положительный отзыв, подписанный заведующим лабораторией фармакологии Института медико-биологических проблем, членом-корреспондентом РАМН, профессором В. С. Шашковым в 1998 году, директором Научно-исследовательского института традиционных методов лечения, членом-корреспондентом РАМН, доктором медицинских наук, профессором В. Г. Кукес в 1998 году.

Применение адаптогенов для лечения хронических простатитов.

Вышеописанное разностороннее действие адаптогенных препаратов на различные органы и системы организма обосновывает их применение при хроническом простатите, когда возникает необходимость нормализации функций нервной и эндокринной систем, энергетического метаболизма, достижения антиоксидантного, иммуномодулирующего и анаболического эффекта, коррекции функции свертывающей, антисвертывающей системы, повышения физической и сексуальной активности.

Адаптогены применяют при лечении хронического простатита (В. И. Козлова, А. Ф. Пухнер, 1995; В. А. Молочков, И. И. Ильин, 1998, и другие).

Мы проводили экспериментальные исследования влияния растительных стимуляторов на процессы хронического воспаления на базе кафедры патфизиологии Дагестанского медицинского института под руководством профессора М. Г. Кишова в 1979-1983 г.г.

На базе кафедры фармакологии и клинической фармакологии Дагестанского медицинского института под руководством профессора Ш. М. Омарова в 1993-1997 гг. проводились клинко-экспериментальные исследования влияния продуктов пчеловодства, адаптогенных препаратов на сексуальную активность, хронический воспалительный процесс в предстательной железе.

Клинические исследования были проведены на базе Центра обследования и лечения заболеваний половой сферы г. Махачкалы в 1993-1998 гг.

Экспериментальные и клинические исследования биологически активных веществ, растительных стимуляторов, адаптогенов были продолжены на базе отдела биологически активных веществ ВНИИ ФиК (Москва) под руководством профессора Р. Д. Сейфуллы (1994-1998).

В неоднократных публикациях в соавторстве с Г. М. Багомедовой (1981,1983), О. В. Ивлиевой (1981), О. Х. Рубанец (1983), М. Г. Кишовым (1983), Х. А. Ажубовой (1960), Ш. М. Омаровым (1996,1997) показано их разностороннее действие на различные функции организма, в том числе на сексуальную активность, на воспалительный процесс в предстательной железе.

Нами получены патенты на комплексные адаптогенные препараты:

Биологически активный продукт «Фитотон» RU, патент 2062586, кл. А 23 1/30, 1996 (А. П. Азизов, Р. Д. Сейфулла, И. И. Кондратьева);

Биологически активный продукт «Адаптон» RU, патент

20666963, кл. А 23 1/076, 1996 (А. П. Азизов, Р. Д. Сейфулла, И. И. Кондратьева).

5. ФИТОТЕРАПИЯ

Одним из самих древних, но в то же время актуальных в наше время методов лечения является фитотерапия (траволечение) заболеваний предстательной железы. Травы применяются в виде отваров, настоев, настоек и т.д. внутрь, для микроклизм, тампонов, при физиоаппаратном лечении вместе с медикаментами. При траволечении, так же как и при приеме медикаментов, необходима консультация врача. Наиболее широко применяются такие лечебные травы, как *цветки ромашки, календулы и бессмертника, цветы и корень бузины травянистой, листья грушанки, мяты перечной, листья и плоды брусники, плоды клюквы и конского каштана, укропа пахучего, можжевельника, листья и корни крапивы, толокнянки, трава зверобоя, череды, золотарника, вереска, трава и споры плауна булавовидного, почки березы и тополя черного, трава лабазника, тысячелистника, горца птичьего, хвоща полевого, шалфея, лапчатки гусиной, донника, грыжника, побего багульника, туи западной, корни девясила, кровохлебки, кубышки, дягиля, лещины обыкновенной, стальника полевого, окопника, подорожника, крапивы двудомной, бузины, эхинацеи, семена тыквы, лук репчатый, чеснок, сок из листьев и черенков лопуха большого и др.* Травы могут быть применены отдельно, но наибольший эффект лечения достигается при их комбинации, приеме в сборах, где 4-5 и более трав применяются вместе. При продолжительности траволечения месяц и более достигается устойчивый результат. Лечение травами иногда сочетается с приемом медикаментов, особенно распространенным является длительное применение травяных сборов после завершения основного курса лечения.

Составить рецепт травяного сбора, определить сроки его приема поможет Вам врач. Врач,

прописывающий вам сбор трав, должен исходить из активности, давности и распространенности воспалительного процесса, из выраженности и особенностей клинических признаков и наличия сопутствующих заболеваний. Учет возраста, других индивидуальных особенностей пациента, подбор каждой травы по ее механизму действия обеспечивают эффективный результат лечения.

Здесь приводятся несколько примеров лекарственных растений, широко применяемых нами для лечения простатита, обладающих антимикробным, противовоспалительным и мочегонным действием. Иногда одному лекарственному растению свойственно несколько типов лечебного действия. Чаще же мы применяем их в составе сложной лекарственной смеси из разных трав, где учитывается совместимость, взаимодополняемость компонентов. Читатели могут их применять отдельно. Курс лечения фитотерапией в среднем продолжается 1,5-2 месяца. Таких курсов может быть несколько. При хроническом простатите, при простатите с сопутствующими половыми расстройствами, бесплодием и аденомой предстательной железы лечение проводится несколько месяцев, иногда до 6-12 месяцев.

Наш более чем 10-летний опыт убеждает нас в необходимости проведения траволечения в 3 этапа с учетом индивидуальных особенностей каждого больного (А. П. Азизов, 2002).

На первом этапе подбираются травы, оказывающие противовоспалительное, противомикробное действие на нижние отделы мочевыделительной системы и улучшающие кровообращение в органах малого таза с мочегонным действием. На этом этапе траволечение сочетается с приемом медикаментов и физиотерапевтическими процедурами.

На втором этапе подбираются травы, способствующие

улучшению функциональных расстройств (половая слабость, бесплодие, астеноневротический и болевой синдром, нарушение мочеиспускания). На этом этапе также могут быть назначены медикаменты и физиопроцедуры.

На третьем этапе проводится противорецидивное лечение соответствующими травами в период, предшествующий вероятным обострениям заболевания: при физических и эмоциональных перегрузках, после перенесенных простудных заболеваний и т. д.

О. П. Кузнецова с соавт. (1996) предлагает при выборе лекарственных растений учитывать наличие:

- мочегонного действия, зависящего от содержания эфирных масел, сапонинов, силикатов (**можжевельник, петрушка, листья березы, полевой хвощ**);

- противовоспалительного действия, связанного с присутствием танинов и арбутина (**листья брусники, толокнянки, груши**);

- литолитического эффекта, проявляющегося благодаря выведению различных солей и мочевой кислоты (**почечный чай, шиповник, василек, марена красильная, крапива двудомная**);

- антисептического действия, обусловленного фитонцидами (**чеснок, лук, ромашка, пол-пала**);

- влияния на систему гомеостаза; антиагрегатное действие – **чеснок, лук**, кровоостанавливающее – **крапива двудомная**.

Использование сборов трав в период активности воспалительного процесса не всегда существенно влияет на бактериурию, а чаще только улучшает уродинамику. В период стихания процесса лекарственные сборы оказывают отчетливое противовоспалительное действие и могут использоваться как в сочетании с химиопрепаратами (чередование курсов: антибактериальный препарат - фитолечение), так и отдельно в качестве поддерживающей

многomesячной терапии.

Следует отметить, что при хронических процессах, при наличии противопоказаний к активной антибактериальной терапии (конечно, не при выраженном инфекционном процессе) фитолечение выходит на первый план.

Мы приводим список наиболее часто применяемых лекарственных растений с учетом механизма их действия (таблица №8).

Таблица №8

Характеристика некоторых лекарственных трав

Наименование лекарственного растения	Механизм действия сбора растений
• Арбуз обыкновенный • Брусничный лист • Брусника (ягода) • Василек полевой • Дуб обыкновенный • Зверобой продырявленный • Золототысячник зонтичный • Клевер пашенный • Клюва (ягода) • Крапива • Кубышка желтая • Кукуруза (рыльца)	• Диуретическое • Регенерирующее, противовоспалительное, диуретическое, антисептическое, улучшение микроциркуляции • Антисептическое, противовоспалительное, мочегонное • Тонизирующее, противовоспалительное, диуретическое, антисептическое • Противовоспалительное • Антисептическое • Тонизирующее, диуретическое • Вяжущее • Антисептическое, противовоспалительное, мочегонное, жаропонижающее • Регенерирующее, антисептическое и кровоостанавливающее • Антисептическое, антигрибковое • Диуретическое, кровоостанавливающее

• Лук репчатый • Малина обыкновенная • Мать-и-мачеха • Можжевельник обыкновенный • Петрушка кудрявая • Подорожник • Почечный чай • Ромашка аптечная • Стальник полевой • Спорыш (горец птичий) • Толокнянка (медвежье ушко) • Тополь черный	• Антисептическое, регенераторное, дезагрегатное действие • Противовоспалительное, жаропонижающее, анальгетический эффект • Антисептическое • Противовоспалительное, диуретическое • Диуретическое, общеукрепляющее • Антисептическое • Диуретическое, спазмолитическое • Противовоспалительное, антисептическое, регенераторное, анальгетическое • Противовоспалительное, антисептическое, кровоостанавливающее, диуретическое, гипотензивное • Противовоспалительное, антисептическое, кровоостанавливающее, диуретическое, гипотензивное • Противовоспалительное, антисептическое, кровоостанавливающее, диуретическое • Противовоспалительное, антисептическое,
--	--

• Тысячелистник • Фасоль обыкновенная • Фейхоа • Фиалка трехцветная • Хвощ полевой • Хмель обыкновенный • Чеснок посевной • Шалфей лекарственный • Шиповник • Ячмень обыкновенный	анальгетическое • Вяжущее, кровоостанавливающее и тонизирующее • Диуретическое, витаминное • Противовоспалительное, витаминное • Противовоспалительное, диуретическое, гипосенсибилизирующее, снижение сосудистой проницаемости • Антисептическое, кровоостанавливающее, диуретическое, дезинтоксикационное • Противовоспалительное, противогрибковое, ангиопротективное, спазмолитическое, регенераторное • Противовоспалительное, антисептическое, противогрибковое и дезагрегатное действие, гипотензивный эффект • Противовоспалительное, антисептическое, кровоостанавливающее • Диуретическое, вяжущее • Регенерирующее
--	---

Эти лекарственные растения применяются в различных лекарственных формах, в виде настоев, отваров, настоек, масляных экстрактов и свечей.

А. П. Ефремов (1999) предлагает следующую комбинацию лечебных факторов: внутрь – настой золотарника+настойка зверобоя+настойка эхинацеи, наружно – свечи с прополисом или микроклизмы из зверобойного масла, подогретого до 37°C.

▼ Настой золотарника принимают по 2-3 стакана 3 раза в день за полчаса до еды. Перед приемом в настой добавляют 20-25 капель настойки эхинацеи и 1 чайную ложку настойки зверобоя. Параллельно с этим в прямую кишку на ночь вводят суппозитории или делают микроклизмы. В целях экономии микроклизмы можно заменить турундами, пропитанными зверобойным маслом. Курс терапии в среднем составляет 3-4 недели. При необходимости курс через 10-15 дней повторяют.

▼ **Масляный экстракт почек тополя чёрного.**

30 г почек заливают 150 мл оливкового или *льняного масла*, доводят до кипения, настаивают 8 дней и профильтровывают через плотную ткань. Используют подогретым до 37-40°C в виде микроклизм по 40-50 мл на ночь в течение 2-х недель ежедневно. Хранить в холодильнике, в бутылке из тёмного стекла.

▼ При местной терапии прекрасные результаты дает масляный экстракт *цветков зверобоя* (зверобойное масло). Готовят его следующим образом: свежие *цветки зверобоя* плотно укладывают в стеклянную банку, заливают рафинированным оливковым, кукурузным или подсолнечным маслом так, чтобы оно покрывало сырьё слоем 1-2 см. Сверху банку обвязывают чистой тканью или марлей и выставляют на яркий солнечный свет.

Настаивают масло в течение 3-4 недель, ежедневно перемешивая, пока оно не приобретет цвет спелой вишни. Затем его отжимают через марлю, профильтровывают через плотную ткань и оставляют на сутки в покое. При отстаивании содержимое банки разделяется на три слоя: на самом дне образуется тонкий, светлый, неприятно пахнущий слой дрожжей, над ним небольшой слой воды, а затем собственно масляный экстракт зверобоя. Верхний слой, составляющий более 90 % от всего объема, аккуратно сливают в бутылку из темного стекла. Хранят его в холодильнике не более 1 года. Используют зверобойное масло подогретым до 37-40 °С в виде микроклизм в прямую кишку по 20-30 мл на ночь в течение двух недель ежедневно. Для экономии препарата микроклизмы можно заменить на скрученные обильно пропитанные маслом тампоны, которые вводят в прямую кишку аналогично суппозиториям (свечам).

- ▼ Для приготовления свечей масло какао растапливают на водяной бане, кладут в него почки черного тополя и нагревают в течение 15-20 мин., постоянно перемешивая. После того как смола, покрывающая почки, растворится в масле, его процеживают через марлю, а почечные чешуи выбрасывают. Затем в масло добавляют измельченные в тонкий порошок *корни окопника*, тщательно перемешивают и заливают в специальные формочки, предварительно охлажденные в морозильнике. В домашних условиях смесь заливают в закрытые с одной стороны трубки из фольги или плотной бумаги диаметром 10-12 мм, которые затем в вертикальном положении помещают в холодильник. После того как масса застынет, ее разрезают, не извлекая из фольги, на кусочки длиной 3-3,5 см. Для одной свечи берут 0,3 г корней окопника, 0,5 г почек тополя и 2,0-2,5 г масла какао. Вместо *тополиных почек* можно взять

прополис (0,2 г на свечу). Суппозитории вводят в прямую кишку на ночь, перед сном, через день в течение 1 мес.

Травы, наиболее часто применяемые для лечения простатита.

- ***Берёза повислая*** - дерево высотой до 30 м с белой гладкой корой.

Готовят отвар почек, заливая 1 столовую ложку (10 гр.) 1 стаканом кипятка, нагревая на водяной бане 30-40 минут, настаивая до охлаждения, процеживая. Принимают по 1 столовой ложке 4-5 раз в день.

- ***Бузина травянистая*** – многолетнее растение, растёт в оврагах, осветлённых лесах, на берегах водоёмов, среди зарослей кустарников, на мусорных местах.

Готовят настой из 1 столовой ложки измельчённых сухих цветков, заливая 2 стаканами (0,4 л) кипятка, закрывают заварной чайник, настаивают 1 час, процеживают. Принимают по 1/2 стакана 3-4 раза в день.

Необходимо строго соблюдать дозировку в связи с токсичностью бузины.

- ***Вереск обыкновенный*** - вечнозелёный ветвистый кустарник, высотой за 70 см, растёт на песчаных сухих местах, в лесной, лесостепной зонах, чаще в сосновых борах.

Готовят отвар из измельчённой надземной части, заливая 1 столовую ложку 2 стаканами кипятка, нагревая на водяной бане 30 минут, настаивая до охлаждения, процеживая. Принимают в течение дня по 1/2 стакана.

- ***Горец птичий (спорыш)*** - однолетнее растение, растёт как сорняк в посевах, на огородах, по обочинам дорог, каналов, по песчаным и гравийным насыпям, по берегам рек и т.д.

Готовят настой из измельчённой травы, заливая 2-3 столовые ложки 3 стаканами кипятка, нагревают на

водяной бане 20 минут, настаивают до охлаждения, процеживают, выпивают в течение дня за 4-5 приёмов за 1 час до еды или через 2 часа после еды.

Золотарник обыкновенный - многолетнее травянистое растение, растёт в светлых лесах, по лесным опушкам, полянам, среди кустарников и на лугах.

Для приготовления настоя 10 г (1 столовая ложка) измельчённого сырья заливают 2 стаканами (0,4-0,5 л) кипятка, настаивают до охлаждения. Принимают в течение дня по полстакана за 1 час до еды.

Календула лекарственная (ноготки) широко культивируется как декоративное и лекарственное растение.

Готовят настой из измельченных ***цветков календулы***: 1 столовая ложка на 1 стакан кипятка, нагревают на водяной бане 20 минут, настаивают 20 минут, процеживают. Делают микроклизму на ночь по 20-30 мл.

- ***Каштан конский*** - крупное дерево до 30 м высотой, растёт повсеместно как культивируемое декоративное дерево.

Готовят настойку из 50 г сушённых измельчённых семян каштана на 50% спирте, для чего заливают 0,5 литра водки (спирта), настаивают две недели, процеживают, принимают по 30 капель 4 раза в день. Можно приобрести в аптечной сети. Выпускается и готовый препарат «Эскузан».

При хроническом простатите, сочетающемся с аденомой предстательной железы, полезно применять сгущенный водный экстракт из кожуры спелых плодов конского каштана. Способ приготовления: 40 г очищенных от ядер и высушенных корок залить 600 мл кипятка и настаивать 12 часов. Не процеживая, выпарить жидкость до трети объема, процедить и пить по 30 – 40 капель три раза в день после еды.

- ***Лещина обыкновенная*** - кустарник высотой до 5-7 м, растёт зарослями в светлых смешанных и широколиственных лесах (особенно дубовых, грабовых,

буковых), на опушках, полянах и вырубках.

Готовят настой из измельчённых листьев, заливая 2 столовые ложки 2-3 стаканами кипятка, настаивают 2 часа, процеживают, принимают по 1/2 стакана в течение дня за 1 час – 30 минут до еды.

Отвар готовят из коры лещины, для чего 1 столовую ложку измельчённой коры заливают 2 стаканами (0,5 л) кипятка, кипятят 10 минут, настаивают до охлаждения, процеживают, принимают по 1/2 стакана в течение дня за 1 час – 30 минут до еды.

- ***Допух большой*** - двухлетнее растение высотой до 1,5-2 м. Растёт на мусорных местах, у жилья, вдоль заборов, дорог, по берегам канав, водоёмов. Готовят настой из измельчённых корней, заливая 1 столовую ложку 2 стаканами (0,5 л) кипятка, кипятят 10 минут, настаивают 20 минут, процеживают. Принимают по полстакана 3-4 раза в день перед едой.

- ***Можжевельник обыкновенный*** - вечнозелёный хвойный кустарник, редко небольшое деревце. Растёт в лесу на песчаной почве, местами образуя густые заросли.

Готовят настой из измельчённых плодов: 1 чайную ложку заливают 1 стаканом кипятка, нагревают на водяной бане 20 минут, настаивают 40-50 минут, процеживают, принимают по 1-2 столовые ложки 4-5 раз в день после еды.

- ***Окопник лекарственный*** - многолетнее растение, растет на лугах, болотах, по берегам водоемов, среди кустарников, на пустырях, у дорог. Готовят настой из измельченных корней окопника: 2 чайные ложки заливают 2 стаканами кипятка, настаивают в заварном чайнике 40-60 минут, процеживают, принимают по 1/2 стакана 3-4 раза в день.

- ***Плаун булавовидный*** - многолетнее вечнозелёное растение, растёт в горно-лесных районах, в хвойных, смешанных лесах, особенно в лесах с почвенным покровом из

зелёных мхов. Готовят настой из измельчённой травы: 1 столовую ложку заливают 2 стаканами кипятка, настаивают в течение 20 минут на водяной бане, процеживают, принимают по полстакана 2-3 раза в день через 2 часа после еды.

- **Плоды можжевельника** жуют, тщательно пережёвывая и держа во рту в течение 3-5 минут, 1 раз утром натошак за 1-1,5 часа до завтрака. Начиная с 1 штуки, ежедневно добавляя по 1 штуке, доводят до 13 и обратно, ежедневно уменьшая по 1 штуке. Особенно показано при сочетании простатита с аденомой и с половыми расстройствами.

- **Тополь черный (осокорь)** - дерево высотой 25–30 м, растёт по берегам рек, водоёмов, единично и группами. Широко культивируется почти по всей стране в качестве декоративного растения при озеленении городов. Готовят настой почек: 2 чайные ложки измельчённого сырья заливают 2 стаканами кипятка, настаивают 15 минут, процеживают и выпивают в течение дня в 3-4 приёма.

- **Хвощ полевой** - многолетнее травянистое растение, высотой 10-50 см. Растёт на лугах, в еловых, в светлых хвойных и смешанных лесах. Как сорняк, часто встречается на полях и огородах, по обочинам дорог.

Отвар готовят из надземной части. Для этого 5–7 г (1 столовая ложка) измельчённого сырья заливают 2 стаканами кипятка, нагревают на водяной бане 30 минут, настаивают 10 минут, процеживают, принимают по 1/2 – 2/3 стакана 2–3 раза в день через 2 часа после еды.

При употреблении **хвоща полевого** при заболеваниях почек следует соблюдать осторожность. При нефритах, нефрозах, почечной недостаточности – **противопоказано**.

▼ При хронических простатитах, сопровождающихся половыми расстройствами, назначают микроклизмы с 10-30%-ным содержанием прополиса на масле облепихи, шиповника или подсолнечном, персиковом, эвкалиптовом,

касторовом. В 100 мл масла, доведенного до кипения и охлажденного до 50-60°C, добавляют 10-20 г размягченного прополиса и нагревают до 80°C, непрерывно помешивая. Горячую смесь фильтруют через марлю, охлаждают и хранят в закрытом сосуде в сухом месте.

▼ При выраженных расстройствах нервной системы, раздражительности, быстрой утомляемости, на фоне которых имеются половые расстройства:

<i>трава пустырника</i>	10 г (5 частей),
<i>цветы пиона</i>	5 г (2,5 части),
<i>шишки хмеля</i>	2 г (1 часть),

1 столовую ложку измельчённой смеси заливают 3 стаканами кипятка. Закрывают и настаивают в течение 5-6 часов, процеживают, принимают по 1/2 стакана 3-4 раза в день через 2 часа после еды в течение 1 месяца.

▼ <i>Листья боярышника</i>	1 часть
<i>листья мяты</i>	1 часть
<i>трава пустырника</i>	1 часть

Измельчить, смешать. 1 столовую ложку смеси залить 2 стаканами кипятка, заварной чайник плотно закрыть на 2 часа, процедить. Принимать по полстакана в течение дня.

▼ Настойка зверобоя. 50 г измельчённой высушенной травы заливают 0,5 л водки (лучше 50% спирта) настаивают 3-4 недели, процеживают и принимают по 1 чайной ложке 3-4 раза в день.

Для усиления половой способности применяются *аралия, барвинок, вербена, горечавка, женьшень, заманиха, кубышка жёлтая, конопля, левзея, лимонник китайский, любисток лекарственный, петрушка, пустырник разнолистный, родиола, спаржа, сельдерей, элеутерококк, эхинацея, ярутка, ятрышник* и другие, как отдельно, так и в составе различных смесей и сборов. Более подробно об этом написано в нашей книге «Лечение

мужских сексуальных проблем», готовящейся к изданию.

Мы широко в нашей практике используем различные лекарственные смеси, приготовленные из порошков лекарственных трав, изготовленных по специальной технологии (авторская разработка).

Лекарственная смесь готовится по заказу врача индивидуально для пациента с учётом расшифрованного диагноза (см. Классификация. А. П. Азизов, 1999). Имеются также стандартные лекарственные смеси как для лечения простатита, так и для лечения его различных осложнений и сопутствующих заболеваний и состояний, таких как мужская половая слабость, пиелонефрит, заболевания желудочно-кишечного тракта, нервно-психологическая дезадаптация.

Наши результаты фитотерапии хронического простатита доложены и опубликованы в материалах конференций (Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении, Ялта, 1996; 1-я республиканская научно-практическая конференция по немедикаментозной медицине, Махачкала, 2002) и двух научно-практических конференциях симпозиумах.

Наша работа по лечению хронического простатита растительными стимуляторами и адаптогенами признана лучшей и награждена дипломом I степени Профессиональной Ассоциации Целителей России в 1998 г.

6. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Одним из стержневых методов в лечении хронического простатита являются физиоаппаратные методы лечения. Они являются необходимыми для достижения устойчивого терапевтического результата.

Общие принципы при назначении физиотерапии (выбор того или иного метода, аппарата, длительности курса):

строго дифференцированный выбор метода физиотерапии

по развернутому диагнозу (см. Классификация);

максимально раннее применение физических факторов для лечения простатита и их последовательное использование на всех этапах (профилактика, терапия, реабилитация);

- патогенетическое обоснованное применение того или иного физического фактора;

- учет индивидуальных особенностей организма, возраста, сопутствующих заболеваний;

- применение физических факторов в энергетически щадящем режиме, чтобы не перегружать организм пациента, применение малых доз, предпочтительное использование импульсных воздействий;

- строгий учет совместимости физиопроцедур (при одновременном, последовательном, в тот же день, применении) по механизму вызываемого биологического эффекта. Предпочтение необходимо отдавать монофакторному физиотерапевтическому воздействию во всех сомнительных случаях совместимости. Для усиления действия увеличивать экспозицию, силу физического воздействия, кратность применения;

- полная информированность о применяемых параллельно других методах лечения, приеме медикаментов, питании и т.д. Коррекция методики физиотерапевтического воздействия в зависимости от образа жизни, психо-эмоциональной перегрузки, сексуальной активности;

- осуществление систематического врачебного контроля за реакциями больного на процедуры, клиническое обоснование возникающих изменений и своевременная коррекция физиотерапевтической процедуры и дальнейшего курса лечения.

Продолжительность курса физиотерапии определяется клинической картиной (исчезновением патологической

симптоматики), лабораторными и инструментальными методами исследования. При хроническом простатите это в среднем 20-25 процедурных дней, когда используется несколько физических факторов в определенной комбинации и последовательности. Курс физиотерапии повторяется через 4-6-12 месяцев по мере необходимости. При внезапном обострении процесса, несомненно, показано возобновление лечебных процедур, которые подбираются с учетом ранее применявшихся физических факторов. Перед физиотерапевтической процедурой необходимо опорожнение кишечника и мочевого пузыря.

Применение различных физических факторов является одним из эффективных методов лечения хронического простатита. С этой целью применяются различные физические факторы, аппараты и методики. Наиболее доступные, известные в широкой практике, использовавшиеся в нашей 20-летней практике терапии простатитов мы вкратце и перечислим.

- **Гальванизация органов малого таза.** Брюшно-крестцовая методика. Продолжительность 15-20-25 минут. Постепенно увеличивая продолжительность и силу тока, ежедневно или через день, до № 15-20.

- **Гальванизация воротниковой зоны (гальванический воротник по Щербаку),** продолжительность 15-20 минут. Продолжительность постепенно увеличивается, сила тока повышается от 6 до 15 ампер. Продолжительность процедуры 15-20 минут, ежедневно или через день, до 30 процедур на курс лечения.

- **Гальванизация позвоночника.** Продолжительность процедуры до 30 минут, ежедневно или через день, до 15 процедур.

- **Гальванизация трусиковой зоны.**

- **Гальванический пояс по Щербаку.** Первая процедура до 10 минут, прибавляя каждый раз по 2

минуты, довести до 20 минут. Ежедневно или через день, 5 процедур.

- **Гальванические трусы по Щербаку.** Первая процедура до 20 минут, прибавляя каждый раз по 2 минуты, довести до 30 минут. Ежедневно, до 20 процедур.

Дополнительное введение лекарственных препаратов при гальванизации называется электрофорезом. В зависимости от цели, при лечении больных хроническим простатитом могут быть использованы следующие лекарственные средства для электрофореза: *адреналин, алое, антипирин, атропин, биомицин, бром, витамин В, гумизоль, дикаин, димедрол, дионин, йод, кодеин, кофеин, лидаза, никотиновая кислота, новокаин, осарсол, папаверин, пенициллин, пелоидион, платифиллин, пилокарпин, прозерин, Са, салицилово-кислый натрий, сера, сернокислый магний, серебро (гипосульфат), синтомицин, стрептомицин, стрептоцид, сульфат (гипосульфат) натрия, окситетрациклин, уротропин, фосфорнокислый натрий, фталазол, эуфиллин, эфедрин...*

- **Электрофорез с 10% йодистым калием** на область промежности и пояснично-крестцового отдела позвоночника. Эффективен при болевом синдроме.

- **Электрофорез с хлористым кальцием**, чередуя его с 0,1% раствором прозерина, усиливает тонус мускулатуры предстательной железы и ее сосудов.

- **Электрофорез с 2,5 % эуфиллином** в целях улучшения кровообращения в малом тазу.

Введение лекарственных веществ электрофорезом - это создание так называемого «нейрофизиофармакодинамического блока». В настоящее время наиболее экономичным путем изыскания эффективных лекарственных средств является оптимизация использования уже известных их форм.

Добавление к раствору новокаина ничтожных количеств (1:50) **адреналина** придает анестезирующее действие таким концентрациям новокаина, которые обычно не оказывают анестезирующего действия при их электрофорезе, что связано с пролонгированным действием **новокаина** за счет его задержки в тканях адреналином.

К препаратам, могущим оказать локальное влияние на воспалительный процесс при протозойных простатитах, относятся: сера (3-5% **ихтиол**), 1-2% **трипсин**, 0,5% **новокаин**, **медь** (0,25-0,75 %, иногда до 1% **медный купорос**), **мышьяк** (3-5% **осарсол**).

Препараты, содержащие соли меди, обладают бактериостатическим и фунгистатическим действием. Сернокислая медь – сильное дезинфицирующее средство, оказывает влияние на обмен витаминов и окислительные процессы. Использование **осарсола** и медного купороса при электрофорезе и ДДТ до 30 минут ежедневно или через день, на курс до 12 процедур, позволяет повысить результат лечения трихомонадного простатита.

Для **электрофореза** используют импульсные синусоидальные модулированные токи, в частности диадинамические (ДДТ), которые вследствие высокого потенциала импульса способствуют проникновению лекарств на большую глубину. Кроме того, ДДТ ведут к улучшению дренирования, повышению тонуса и уменьшению воспалительного процесса в предстательной железе.

Импульсные токи низкой частоты и низкого напряжения.

Аппарат для электростимуляции мышц (АСМ-2, АСМ-3), аппарат для лечения синусоидальными модулированными токами (аппарат Амплипульс-3, 4).

Синусоидальные модулированные токи (СМТ). СМТ,

проходя через ткани при каждой серии колебаний, вызывают возбуждение рецепторов нервных и мышечных волокон, а через них, опосредованно, и многочисленных проприорецепторов. Возникающий при этом ритмически упорядоченный и поэтому обладающий значительной биологической активностью поток импульсаций в центральную нервную систему вызывает многообразные реакции, реализуемые на различных уровнях системы реагирования. Наиболее физиологичной методикой лечения больных хроническим простатитом является электростимуляция предстательной железы, проводимая при абдоминально-сакральном расположении электродов.

- Применение СМТ особенно эффективно при конгестивных простатитах. Применяют аппараты типа «Амплипульс». Больной во время процедуры находится в положении лежа. Пластинчатые электроды размером 6х10 см фиксируют над лоном и в области крестца. Воздействие СМТ проводят при переменном режиме работы, II-III роде работы, при частоте модуляции 30-50 Гц, глубине 75-100%, силе тока 15-20 мА, длительности полупериодов 3-4 с. Процедуры проводят в течение 10-15 мин. ежедневно. Курс лечения состоит из 10-15 процедур. Первые 5-6 процедур проводят III родом работы аппарата, последующие 5-6 процедур - при II роде.

- Воздействие импульсным током низкой частоты на область мочевого пузыря и промежность у мужчин, продолжительность процедуры 10-12 минут, через день, №15.

- Аппарат для лечения низкочастотными (диадинамическими) токами СНИМ-1.

- Воздействие синусоидальными модулированными и диадинамическими токами на область промежности, продолжительность процедуры до 10 минут, через день, №12.

Импульсные токи высокой частоты (дарсонвализация).

Аппарат «Искра-1»

- Дарсонвализация воротниковой зоны, продолжительность процедуры до 10 минут, ежедневно или через день, №10.

- Дарсонвализация области позвоночника, продолжительность процедуры до 8 минут, ежедневно, №15.

- Дарсонвализация прямой кишки, продолжительность процедуры до 15 минут, ежедневно или через день, № 15-20, используется ректальный электрод.

- Дарсонвализация промежности, продолжительность процедуры до 15-20 минут, ежедневно или через день, №20.

- Диатермия.

- Диатермия области прямой кишки, продолжительность процедуры до 40 минут, ежедневно или через день, № 12-15. Лучше специальным ректальным электродом.

- Диатермия области мочевого пузыря, продолжительность процедуры до 40 минут, ежедневно, № 12-15.

- Диатермия области переднего отдела мочеиспускательного канала у мужчин, продолжительность процедуры до 60 минут, ежедневно или через день, №20-30.

- Диатермия области яичек и их придатков. До 30 минут, ежедневно или через день, №10-15.

- Диатермия области предстательной железы, продолжительность процедуры до 30 минут, через день, №15-20, обязательно используется специальный ректальный электрод.

Магнитное поле высокой и ультравысокой частоты

(индуктотермия).

Аппарат ДВК-1, ДВК-2.

- Индуктотермия области позвоночника и промежности, продолжительность процедуры до 30 минут, ежедневно или через день, №20.

***Электрическое поле ультравысокой частоты
(УВЧ-терапия).***

Аппарат УВЧ-62, Импульс-2.

УВЧ. Электрическое поле высокой частоты и высокого напряжения. Аппарат УВЧ обязательно должен быть заземлен! В случае неисправности заземления возможна смертельная травма. Основное действие УВЧ - дегидратационное (уменьшающее отек), помимо сосудорасширяющего, противовоспалительного, обезболивающего, усиливающего крово- и лимфоток в пораженных тканях действия. УВЧ уплотняет ткани, способствует развитию соединительной ткани, потому показан в начальных стадиях заболевания (в фазе экссудации, при гнойных процессах), при остром, подостром простатите, при выраженном обострении хронического простатита, когда нет процессов склерозирования. Там, где нет отека, не надо назначать УВЧ.

УВЧ-терапия снижает АД, потому противопоказана при гипотонии, а также при температуре выше 38°C.

- Воздействие электрическим полем УВЧ на область мочевого пузыря, продолжительность процедуры до 20 минут, ежедневно, №12.

- Воздействие электрическим полем УВЧ на область предстательной железы, продолжительность процедуры до 12 минут, вначале ежедневно, а после 4-5 процедур через 1-2 дня, № до 10-15.

- Воздействие электрическим полем УВЧ на область позвоночника, продолжительность процедуры до 15 минут, вначале ежедневно, а после 4-5 процедур через 1

или 2 дня, № 15- 20.

Электромагнитное излучение миллиметрового диапазона (КВЧ-терапия).

Аппараты «Явь-1», «Сатурн-1».

Длина волны 5,6 и 7,1 мм, подающая мощность 10 мВт/см².

КВЧ-терапия больных хроническим простатитом по 20-25 минут ежедневно в непрерывном режиме с использованием аппарата «Явь-12», курс лечения 10 процедур.

Электромагнитное поле сверхвысокой частоты (микроволновая терапия).

Микроволны в лечебных дозах обладают болеутоляющим, противовоспалительным, бактериостатическим действием, улучшают трофику тканей, стимулируют регенеративные процессы. Повышение температуры на облучаемом участке тела ведет к значительному расширению сосудов, ускорению кровотока и улучшению кровообращения в зоне облучения. Это способствует уменьшению отека тканей предстательной железы, декомпрессии выводных протоков и улучшению оттока секрета из долек железы. Усиливаются окислительно-восстановительные и обменные процессы в тканях.

- Для лечения больных хроническим простатитом используют аппараты «ЛУЧ-2», «Волна-2», «ЛУЧ-58», аппарат «ЛУЧ-22» с ректальным излучателем. Интенсивность воздействия до 230 Вт, продолжительность 10-12 мин., ежедневно или через день. На курс лечения - 10-15 процедур. После процедуры больному необходимо отдохнуть в теплом помещении 30-40 мин.

- Воздействие микроволнами на область предстательной железы, продолжительность процедуры до 15 минут, ежедневно или через день, № 15 (специальный прямокишечный излучатель).

- Воздействие микроволнами на область позвоночника:

- на шейный отдел, продолжительность процедуры 8-12 минут, ежедневно или через день, № 12;
 - на грудной отдел, продолжительность процедуры 15 минут, ежедневно или через день, № 15;
 - на поясничный отдел, продолжительность процедуры 10-15 минут, ежедневно или через день, № 15;
- на крестцовый отдел, продолжительность процедуры 10-15 минут, ежедневно или через день, № 12.

При пользовании аппаратами «ЛУЧ-58» необходимо принять меры предосторожности: защитные очки, лучеотражающая ткань на голове больного и половых органах.

Ультразвуковая терапия

Аппарат УТП-1, УТС-1, УЗТ-5, «Стержень», «Гама», УЗТ-103.

Это один из достаточно старых, с подтвержденной эффективностью, методов физиотерапевтического лечения простатита.

- Воздействие ультразвуком на область мочевого пузыря, продолжительность процедуры 3-5 минут, через день, в лежачем положении, №5-10.
- Воздействие ультразвуком на область полового члена, продолжительность процедуры 5-10 минут, через день, в сидячем или лежачем положении, №10-15.
- При ректальном применении ультразвука у больных хроническим простатитом лучшие результаты получены при интенсивности 0,3-0,4 Вт/см², с импульсным режимом (длительность импульса 10 мс) и продолжительностью процедуры 8-10 мин. Хороший результат можно получить при использовании для УЗ фонофореза на промежность, предварительно смазав следующим составом: эмульсия гидрокортизона 5 г+ вазелин с ланолином по 25 г, или при использовании димексид-новокаиновой смеси

внутриректально (микроклизмы), особенно при болевом синдроме.

- 50-70 мл раствора с лекарственным препаратом вводится струйно через ректальную трубку, соединенную с системой для переливания крови. Всего вводится 50-70 мл капельно в процессе УЗ озвучивания. Облучатель постоянно находится в жидкой (лекарственный раствор) среде. Импульсы 1 сек., паузы 2 сек., интенсивность УЗ от 0,1 до 0,3 в т/см² суммарное воздействие 6 минут. Всего процедур 8-10, ежедневно или через день.

Перспективным, по нашему мнению, направлением в УЗ-терапии является фонофорез с антибиотиками. В течение 2 ч. после процедуры фонофореза происходит постепенное накопление антибиотика в секрете предстательной железы, тогда как при ректальных заливках, микроклизмах он практически не проникает в железу.

- Достаточно эффективным является ректальный фонофорез грязи. Ректальный электрофорез и фонофорез 10% и 30% водными растворами меди. Введение в задний отдел уретры свечей с этиотропными препаратами с последующим э/форезом или фонофорезом.

Широко применяется при лечении простатита УЗ фонофорез с *анальгином, лидазой, эуфиллином, интерфероном, гепарином, гидрокортизоном, калии йодати и т.д.*

Противопоказания: тромбофлебит, острые воспалительные заболевания, гнойные заболевания, опухоли (липомы, бородавки), гипертония.

- ***Внутриуретральная электростимуляция.***

Аппарат «Интрадон» I, II.

Применяется при атонии предстательной железы,

простатите, при половой слабости (эректильная дисфункция). Через день, до №10-12.

Аппарат «Интрамаг». Применяется для лечения уретритов, простатитов за счет использования бегущего магнитного поля, движущегося вдоль уретры с частотой 1-20 Гц. Оказывает комплексное воздействие следующих лечебных факторов на слизистую уретры по всей ее длине: микромассаж, ирригация и промывание лекарственным раствором, магнитофорез и электрофорез лекарства в уретру, а также в предстательную железу. К аппарату имеется приставка «Интратерм», которая позволяет провести внутриуретральное прогревание до 45°C. Разработанный саратовскими специалистами аппарат «Интрамаг» широко вошел в практику лечения простатитов как один из достаточно эффективных физиотерапевтических методов лечения.

Лазеротерапия.

Аппараты: «Мустанг-Био», «Мустанг 026», «Мулат» (для внутреннего облучения крови), «Милта» (сочетает в себе магнитотерапию, инфракрасную и лазеротерапию, видимый красный свет), «УЗОР-2К» и др.

Из физиоаппаратных методов в настоящее время наиболее широко применяется лазеротерапия. Существуют различные виды ***лазерного излучения***: красный, инфракрасный и гелий-неоновый. Различны методы его применения: на поверхность тела, внутрисполостное (внутриуретральное, внутриректальное), на биологически активные точки и внутривенное. Существуют различные лазерные аппараты, отличающиеся по мощности излучения и другим параметрам.

Лазеротерапию при использовании гелий-неонового лазера необходимо проводить трансректально, используя ректальные насадки, в связи с минимальной способностью его проникать в ткани. Использование гелий-неонового лазера на

промежность, на надлобковую область малоэффективно.

Инфракрасные лазеры в лечении простатита являются более эффективными, используются широко, особенно в сочетании с магнитотерапией. Использование трансректальных методик позволяет повысить результативность терапии.

Важным методическим моментом является техника зеркально-контактного воздействия: необходимо обеспечить максимально возможное давление излучателя на мягкие ткани под излучателем. Это позволяет более глубоко и с меньшими потерями доставить лазерное излучение (кровь является наиболее поглощающим компонентом биотканей). Направление излучателя, угол по отношению к поверхности тела должны обеспечивать попадание излучения в нужную точку, зону, орган.

Комбинированное воздействие нескольких физических факторов.

Аппарат «Ярило» представляет собой аппарат комбинированного внутриуретрального, внутриректального воздействия лазерным лучом и электростимуляцией при воспалительных заболеваниях предстательной железы, семенных пузырьков, уретры, осложненных болевым дизурическим синдромом, нарушением половой функции и бесплодием, недержанием мочи и т.д.

Аппарат «Андрогин» представляет собой аппарат комбинированного воздействия лазерного излучения, электростимуляции и магнитотерапии. Позволяет проводить процедуру как внутриуретрально, так и внутриректально и наочно.

Искусственные источники света.

Ртутно-кварцевые облучатели, облучатель для носоглотки, облучатель «маячного» типа.

- Облучение ртутно-кварцевым облучателем

воротниковой зоны. Процедуру проводят через 1-2 дня, в зависимости от реакции, № 5-6. Доза – 3-4 биодозы.

- Облучение ртутно-кварцевым облучателем области позвоночника. Облучают 3 поля по одному полю ежедневно, на курс лечения 4-5 облучений каждого поля (шейный и верхний грудной, грудной, пояснично-крестцовый). Доза – 4-5 биодоз, которая увеличивается в зависимости от реакции на предыдущие облучения.

- Облучение ртутно-кварцевым облучателем трусиковой зоны. Облучают 5 полей в 1 или 2 дня. Доза - 3-5 биодоз, облучение повторяют через 1-2 дня в зависимости от реакции кожи на предыдущее облучение. №5-6.

- Облучение в фотарии с эритемными люминисцентными лампами. Облучают одновременно 2 поля. Доза - от 1/4 до 2-3 биодоз; дозу увеличивают через 2-3 облучения на 1/4-1/2 биодозы. Облучение через день, №15-20.

- Облучение лампой Минина. Расстояние от лампы до облучаемого участка 15-20 см, продолжительность процедуры до 15-20 минут, облучают 1-2 раза в день, №10-15.

- Облучение лампой соллюкс. Продолжительность процедуры 20-30 минут, 1-2 раза в день, № 25.

- Облучение инфракрасным облучателем. Рефлектор устанавливается на расстоянии 50-100 см, продолжительность процедуры 20-30 минут 1-2 раза в день, № 25.

Душ восходящий (промежностный).

Температура 35-32° С, с постепенным ее понижением до 25 ° С и ниже при давлении 1 ат., по 2-5 минут ежедневно, № 15-25.

Физиоаппаратные методы лечения простатита применяются повсеместно и широко.

Выбор того или иного аппарата врач проводит в зависимости от клинических и лабораторных

показателей, особенностей конкретного пациента и, конечно же, по оснащенности аппаратурой физиотерапевтического кабинета. Довольно распространенными в лечении хронических простатитов также являются такие методы, как различные виды массажа (сегментарный, точечный), психотерапия.

Фаллодекомпрессия (вакуум-массаж, ЛОД-терапия).

Это процедура, позволяющая вызвать искусственную эрекцию, тем самым улучшить микроциркуляцию не только в сосудах полового члена, в кавернозных телах, но и в зоне малого таза в целом. Различными методиками проведения вакуум-массажа (Аппарат Али-01) достигается гимнастика сосудов и улучшается кровоснабжение, в том числе и предстательной железы.

Эрекция с помощью фаллодекомпрессии является мощным психологическим фактором, особенно в тех случаях простатита, когда имеют место различные расстройства сексуальной активности.

7. ОЦЕНКА КОНЕЧНОГО РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ

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.

Это говорит о том, что пациент не должен прекращать

лечение без согласования с врачом. Необходимо повторять лечение, проводить закрепление достигнутого результата.

Выздоровление. Принято считать больного выздоровевшим, если исчезает клиника заболевания, приходит в норму морфология предстательной железы и цитологическая картина ее секрета (не более 10 лейкоцитов в поле зрения, большое количество лецитиновых зерен), выявляется стерильность сока простаты, спермы, мочи; нормализуется иммунологический и гормональный статус; восстанавливаются уродинамические показатели:

- восстановление трудоспособности больного;
- исчезновение болевого синдрома, дизурии;
- нормализация половой функции;
- восстановление фертильности и гормонального статуса;
- восстановление анатомических размеров, консистенции простаты, рассасывание инфильтратов;
- нормализация бактериальных анализов эксприматов;
- ремиссия продолжается свыше 2 мес.

Клиническое улучшение. Исчезают клинические проявления болезни, улучшается морфология предстательной железы, бактериальные посевы эксприматов становятся стерильными; улучшаются иммунологические показатели.

Лечение без улучшения. Сохранение клинических проявлений болезни, морфология предстательной железы остается на исходном уровне, бактериальные посевы эксприматов остаются нестерильными.

Излеченность хронического простатита констатируется лишь в том случае, когда при повторных исследованиях через отдаленные промежутки времени (через 5-12 мес. и более) не будет выявлено ни инфильтративных изменений в предстательной железе

(семенных пузырьках), ни патологии в ее секрете, ни воспалительных изменений в передней и задней частях уретры (включая патологию в отделяемом уретры). Учитывая, что в течение хронического простатита периодически происходят спонтанные ремиссии, обследование лиц, перенесших это заболевание, нужно проводить несколько раз. Если при отсутствии объективных симптомов простатита будут сохраняться некоторые функциональные расстройства и болевые ощущения, может потребоваться дополнительное общее лечение (бальнеотерапия, психотерапия, регулирование режима и отдыха и пр.). (В. А. Молочков, И. И. Ильин, 1998).

8. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Санаторно-курортному лечению хронического простатита посвящено немало литературы. Определенный вклад в изучение курортных факторов, природных и преформированных лечебных воздействий в терапии простаты внесли и мы. В 1987 г. в Киевском НИИ урологии и нефрологии мы, ученики профессора И. Ф. Юнды, известного не только в Советском Союзе, но и за его пределами уролога, сексопатолога, начали научное исследование по обследованию и лечению больных хроническим простатитом на курортах Украины. В Украине широко представлены санаторно-курортные учреждения, в которых проходят лечение больные простатитом: *Саки, Евпатория, курорты Львовской области Трускавец, Немиров, Миргород, Моришин, Люблень Великий и другие.*

Большой вклад в организацию лечебной помощи, определение показаний и противопоказаний, разработку различных методик лечения простатита на этих курортах внес профессор Ц. К. Боржиевский, заведовавший в тот период кафедрой урологии Львовского медицинского института, и

его сотрудники. Ц. К. Боржиевский был ярым сторонником комбинированных методов лечения и учил нас, тогда еще совсем юных аспирантов, сочетать природные лечебные факторы с физиотерапевтическими воздействиями и местным лечением.

В последующем разработки методик санаторно-курортного лечения хронических простатитов мы продолжили под руководством профессора И. И. Горпинченко, заведующего отделом сексопатологии Киевского НИИ урологии и нефрологии, вместе с профессором Н. И. Бойко.

Уже после распада Советского Союза, с конца 90-х, изучение природных и преформированных факторов для лечения простатита нами проводится на курортах Кавказских Минеральных Вод (***Железноводск, Кисловодск, Ессентуки, Пятигорск***) совместно с профессором Н. И. Рязанцевым. Руководит научными разработками этого направления на курортах Кавказских Минеральных Вод профессор, академик О. Л. Тиктинский, заведующий кафедрой андрологии Медицинской академии последиplomного образования (МАПО) г. Санкт-Петербурга.

Мы неоднократно выступали на различных конференциях и симпозиумах со сравнительными данными самих природных факторов и лечебных эффектов различных курортных учреждений. Так, в нашей публикации совместно с А. А. Кадаевым (1988) достаточно подробно приведен сравнительный анализ природных факторов санатория «Каякент» в Дагестане (грязевое озеро Диспус), санаториев Кавказских Минеральных Вод (грязевое озеро Тамбуканское) и санаториев Львовской области.

Санаторно-курортное лечение - комбинированный метод, состоящий из многих составляющих. Четыре основных курортных фактора:

- грязевые воздействия;
- минеральные воды и бальнеотерапия;
- климатолечение;
- психоэмоциональные разгрузки.

Кроме этого используются также и многие другие методы, в ряду которых аппаратная физиотерапия, преформированные курортные факторы.

Грязелечение.

Один из центральных методов в грязелечении простатита – ректальное введение тампонов и грязевые аппликации в виде «трусов» (Ц. К. Боржиевский, М. Ю. Фельдман, 1981, 1985). В СССР на 75% курортов использовали иловые грязи, на 25% - торфяные и сапронелы. За рубежом (Польша, Чехословакия, Австрия, ГДР, ФРГ) для лечения применяли в основном пресный и минерализованный торф.

По утверждениям многих исследователей, наибольшим лечебным эффектом при хронических простатитах обладает сульфидная иловая грязь, затем – торфяная грязь. На курортах Сходница, Трускавец используется озокерит, Моршин, Шкло, Любень Великий, Немиров, Миргород - торф. Иловая сульфидная грязь Тамбуканского озера является единственным источником снабжения лечебной грязью курортов Кавказских Минеральных Вод. Грязь санатория «Каякент» (грязевое озеро Диспус) представляет собой комбинацию сульфидной иловой и торфяной грязи вулканического происхождения, постоянно омываемой гидротермальной минеральной водой, выходящей из мелких, разбросанных по дну озера минеральных источников. Грязевое озеро Диспус, используемое для общих грязевых ванн, является естественной грязевой взвесью в горячей (40-45 °С) термальной минеральной воде.

Водолечение.

Различные минеральные ванны, души (струевой, циркулярный, Шарко, восходящий и т. д.), микроклизмы с минеральной водой, кишечные орошения широко используются при санаторно-курортном лечении простатита.

9. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

Положение, лежа на спине.

1. Руки положить под голову, ноги вытянуть, стопы чуть развести – вдох. Медленно выдыхать на счет 1-5, сжать ягодицы, втянуть задний проход.

2. Руки под голову, ноги согнуть в коленях (стопы на полу) и развести их на 20-30 см – вдох. Медленно выдыхая на счет 1-5, приподнять таз, напрягая мышцы промежности и максимально втягивая задний проход. Расслабиться.

3. Согнуть ногу в колене, руками подтянуть ее к груди – вдох. Вернуться в исходное положение – выдох. То же другой ногой.

4. Согнуть в коленях обе ноги, руками подтянуть их к груди – вдох. Вернуться в исходное положение – выдох.

5. Медленно поднять прямые ноги под углом 60 градусов, опустить.

6. Сгибать ноги в коленях и в тазобедренных суставах, не отрывая стопы от пола. Поставить стопы как можно ближе к ягодицам. Поднять таз и одновременно втянуть задний проход – вдох. Опустить таз и расслабить промежность – выдох.

7. Поднять таз, опираясь на плечи и стопы, и одновременно развести колени на 30-40 см. стараться при этом напрягать ягодицы.

8. «Велосипед» – 1 мин.

9. «Ножницы» - 1 мин.

Положение, лежа на животе.

10. Положить голову на кисти рук, подбородок

прижать к груди. Поднять прямую ногу вверх. Опустить. То же другой ногой.

11. Поднять ноги и развести их на 20-30 см; держать 30-60 секунд.

Положение, сидя на полу.

12. Сесть по-турецки (правая нога поверх левой). Спина прямая, ладони на коленях – вдох. Медленно выдыхая, на счет 1-5 расслабиться. Сменить ноги. Повторить.

Коленно-локтевое положение.

13. Медленно прогнуть спину – вдох. Выдыхая, медленно на счет 1-5 втягивать задний проход, на счет 1-5 – вдох.

14. Поднять правую руку и отвести кзади левую ногу вдох. Вернуться в исходное положение – выдох. То же левой рукой и правой ногой.

Положение, сидя на стуле.

15. Сидя на краю, руки положить на сиденье, ноги согнуть в коленях и развести на ширину плеч. Медленно вдыхая, выпятить живот, приподнять подбородок, вращать тазом влево-вперед-вправо. Медленно вдыхая, втянуть живот, прижать подбородок к груди, вращать тазом вправо-назад-влево.

16. Так же сидя, зажать коленями мяч диаметром 12-15 см, придерживая руками, сдавливать его 10-15 секунд.

Положение стоя.

17. Руки вдоль туловища. Наклоны туловища влево и вправо, руки скользят вдоль туловища («насос»).

18. Наклоны вперед, касаясь пальцами пола.

19. Медленные приседания, колени вместе.

20. Стоя левым боком к стене и опираясь на нее левой рукой, поднять правую ногу вперед, вверх, вправо, назад, приставить. То же левой ногой, повернувшись к стене правым

боком. Каждое упражнение повторяют 8-10 раз.

Занятия гимнастикой проводят ежедневно, желательно в одно и то же время суток. Стул для гимнастики должен быть жестким. При исполнении упражнений на полу следует подстелить тонкий коврик во избежание охлаждения спины и промежности.

Гимнастику выполняют до приема пищи или не ранее чем через 2 часа после еды.

Курс – не менее 15-20 дней, затем желательны поддерживающие курсы 1 раз в 2-3 месяца.

XI. ПРОФИЛАКТИКА ПРОСТАТИТА.

1. Одна из основных премудростей в противостоянии болезни - это систематическое укрепление, поддержание своего организма адекватными физическими упражнениями, закаливанием и полноценным питанием.

Очень важно психологическое состояние человека, так называемая гармония души и тела. Такие качества человека, как осмысленность, целенаправленность и увлеченность, позволяют легче переносить жизненные неурядицы, стрессовые ситуации. Среди больных простатитом больше пессимистов, они дольше и тяжелее лечатся, чем оптимисты. Общительность, юмор вместе с верой в возможности своего организма позволяют избежать заболевания или излечиться от него. Поистине, верно заключение: здоровый духом здоров и телом.

2. Следующей неотъемлемой частью здоровья является правильное и полноценное питание.

Утверждение, что мы состоим из того, что мы едим, призывает нас быть разборчивыми в еде и питье. Все то, что мы запихиваем в рот и с усилием стараемся проглотить, безусловно, вредно. Сотни людей, чтобы избежать отвращения, после напитков закусывают, другие после еды запивают, таким образом, производя насилие над организмом.

Есть много доступной литературы о совместимости, несовместимости продуктов, о принципах раздельного питания, о необходимости замены животных жиров растительными, об ограничении приема мясных блюд, поэтому останавливаться более подробно на этом я не буду. Человеческий организм нуждается в растительной пище. Чем больше мы получаем свежих овощей, фруктов, пищевых трав, тем устойчивей противостоит наш организм неблагоприятным воздействиям окружающей среды. Витамины, микроэлементы, клетчатка и другие ингредиенты, содержащиеся в растительной пище, хорошо усваиваются при употреблении их в свежем виде или в салатах. Многие витамины, необходимые для функционирования половой системы, являются жирорастворимыми, поэтому лучше усваиваются в салатах на растительном масле. Рекомендуются салаты на оливковом масле, хотя могут быть приготовлены и на других растительных жирах. В основном все овощи и фрукты, пищевые и многие лечебные травы являются полезными для применения с целью профилактики и в период лечения простатита. Мы широко рекомендуем пациентам во время лечения и в последующем с профилактической целью такие доступные для всех продукты, как лесной и грецкий орех и абрикосовые косточки, тыква, крапива, петрушка, сельдерей, кориандр, конопля, лен, дикая груша, почки сосны, шиповник, ежевика, фасоль, морковь, кукуруза, свекла и др.

Особенно насыщенными биологически активными веществами, витаминами и микроэлементами являются проросшие зерна овса, ржи, пшеницы. Их получают расстилая на марле в теплом помещении зерна тонким слоем (толщина слоя - 2-3 зерна), постоянно поливая их водой так, чтобы они не засыхали в течение 4-5 дней. Проросшие зерна целебны для всего организма и широко применяются для лечения и профилактики простатита. Принимают их натошак, утром и вечером.

Диета должна быть простой и здоровой. Не следует употреблять продукты, способствующие задержке стула и притоку крови к прямой кишке. К таким продуктам относятся жирные, острые, кислые, соленые блюда. Лучше избегать употребления животных жиров, особенно бараньего.

Прием пищи следует рационально распределить по времени суток, не есть на ночь. Последний раз принимать пищу желательно за 3-4 часа до сна. Ужин должен быть легким.

Для регулирования стула можно пить кефир по утрам, а из лекарственных препаратов применять естественные средства — фруктовые кубики типа регулакса, а также производные сенны, например, сеннаде. К клизмам с этой целью лучше не прибегать.

3. Многие соки овощей и лечебных трав используются для профилактики и лечения простатита. Соки моркови, столовой свеклы, сельдерея, редьки, петрушки, шпината, одуванчика, люцерны, свежей капусты, спаржи, огурца и других овощей применяются как в отдельности, так и в смеси друг с другом в различных соотношениях. Для приготовления соков лучше не пользоваться электроприборами, а лишь обычной теркой или ручной мясорубкой. При сокотерапии употребляют натуральный сок, выпивая до 1 литра в сутки с интервалом 2-3 часа, за 1 час до еды. Соки не должны подвергаться варке, обработке, консервированию или стерилизации, в корне меняющим их химический состав.

4. Мед и продукты пчеловодства благодаря уникальному составу и целебным свойствам с древних времен применяются для профилактики и лечения различных заболеваний. Суточная доза потребления меда должна составлять 1 грамм на килограмм веса тела. Лучше использовать сотовый мед, он

обладает большими целебными свойствами. Мед лучше употреблять с цветочной пыльцой или пергой, предварительно убедившись в их переносимости, так как встречаются люди с аллергической предрасположенностью к пчелопродуктам. Пчелопродукты надо принимать за 30 минут до еды.

5. Следует избегать воспаления любых отделов мочеполовой системы — почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, яичек и их придатков, поскольку инфекция очень легко передается с одного органа на другой в пределах одной системы.

Если при упоминании заболеваний почек, мочеточников и мочевого пузыря речь, как правило, идет о неспецифических инфекционных воспалениях, пришедших "сверху", то инфекция нижних отделов мочеполовой системы нередко бывает венерической, развивающейся в результате половых контактов, т.е. приходит "снизу".

Для воспаления не обязательна низкая температура, главное — перепад температур. Еще более увеличивается риск воспаления в холодное время года. Для предупреждения застуживания промежности (и простаты) мужчине рекомендуется при работе на открытом воздухе носить белье в виде теплых трусов до колен, надевать снизу спортивные брюки, которые нужно сразу снимать в помещении для исключения привыкания к нескольким слоям одежды и снижения порога чувствительности, адаптации.

6. Закаливание. Очень важным моментом профилактики простатита и его обострений является повышение устойчивости организма к различным перепадам температуры, особенно к переохлаждению. Во время и сразу после лечения простатита больной должен быть очень осторожен, не подвергаться резким переохлаждениям. Особенно оберегать области таза, нижних конечностей и

повышать, шаг за шагом, устойчивость организма. В последующем, после окончания лечения, постепенно начиная с обливания, обтираний, переходить к пробежкам раздетым по пояс.

В последующем очень осторожно и постепенно переходят к пробежкам босиком и к холодным водным процедурам, что необходимо делать все же под контролем врача, т.к. высок риск переохлаждения, обострения хронического процесса.

7. Половая жизнь. Больной может продолжать половую жизнь с той частотой, которая была присуща ему и прежде. Лечение простатита в основном не требует полового воздержания, как иной раз считают больные (а иногда и некоторые врачи). Исключения составляют гнойный процесс, инфекция, передающаяся половым путем, выраженное обострение процесса. В некоторых случаях врач может оговорить регулярность половой жизни. Редко рекомендуется короткий период полового воздержания.

Мужчине следует избегать ситуаций, в которых длительное половое возбуждение не заканчивается семяизвержением и расслаблением — это ведет к длительному застою крови в половых органах и само по себе способно вызвать воспаление простаты.

В то же время следует помнить, что с эякулятом в половые пути женщины попадает значительное количество гноя, а возможно, и микроорганизмов, вызвавших воспаление у мужчины. Это чревато заражением женщины и повторными воспалениями ее половой системы. Заболев, женщина повторно заразит уже пошедшего на поправку мужчину - так происходит постоянное поддержание очага инфекции в семейной паре.

Поэтому до полного исчезновения лейкоцитов и микробов из секрета простаты и спермы мужчине необходимо пользоваться презервативом не столько в качестве средства контрацепции, сколько для предупреждения передачи

инфекции.

Регулярность половой жизни в соответствующем режиме определяет оптимальное функционирование половой системы, когда предстательная железа выполняет свою работу. Как длительные половые воздержания, так и сексуальные излишества, нагрузки и извращения создают напряжение в предстательной железе и во всей половой сфере. Это приводит к простатиту и его обострениям.

Нарушения ритма половой жизни, особенно длительные, а тем более еще и частые перерывы в половой жизни, особенно для пожилых мужчин, могут резко и быстро нарушить кровообращение в простате, вызвать изменение ее состояния и привести к развитию простатита.

К сожалению, существует достаточное количество профессий, которые вынуждают мужчин к длительному половому воздержанию: моряки, геологи, буровики и т.д. Если воздержание длится более 3-4 недель и мужчина переносит его плохо (ведь многое зависит от сексуального темперамента, умения переключить внимание от сексуальной озабоченности на творческий, интеллектуальный труд, способности сублимировать сексуальную энергию в другую), в качестве крайнего средства такие мужчины могут прибегать к мастурбации в целях поддержания функциональной формы простаты и всей половой системы.

В данном случае мастурбация (для данного типа мужчин) служит как предохранительный клапан половой функции: если вовремя не сбросить давление, может произойти взрыв.

Это необходимо, чтобы отказаться от внебрачных, особенно случайных, беспорядочных половых связей. Результат их очень часто бывает плачевным, о чем свидетельствует гонорейный или трихомонадные, хламидийные уретриты, осложненные простатитом, которые часто стали выявляться у больных в последние

годы.

Хронический простатит возникает, потому что на половых органах даже совершенно здоровых людей обязательно живут микробы, к которым их хозяин привык и которые поэтому не вызывают у него воспаления. Обменявшись микробами с новой подружкой, мужчина "дарит" ей воспаление придатков, а сам получает в обмен простатит.

Своевременное обследование после различных сомнительных сексуальных контактов позволяет вовремя выявить скрытые случаи заболеваний, передающихся половым путем, своевременно начать лечение. Соблюдение всех предписаний врача гарантирует излечение ИППП, что предупреждает развитие простатита, как возможного осложнения многих заболеваний, передающихся половым путем.

8. Избегать застоя крови в органах малого таза.

Необходимо своевременно выявлять особенности строения сосудистого русла органов малого таза, мошонки, нижних конечностей. Если таковые имеются, помнить об этом и беречь себя. Так, например, варикозное расширение вен ног или, наоборот, слабая выраженность венозной сети нижних конечностей (ноги мерзнут даже в тепле, слабый пульс на артериях стопы) могут свидетельствовать о слабости сосудистого русла нижней части тела. Естественно, что и сосудистая сеть простаты также может быть слабой, и даже небольшое патологическое воздействие (способствующие факторы) может привести к развитию застоя крови и безмикробному воспалению предстательной железы.

О такой же относительной слабости сосудистой системы можно думать и при легко возникающем или длительно текущем геморрое, как наружном, так и особенно внутреннем.

Расширение вен семенного канатика, которое без труда

можно прощупать через кожу мошонки, также относится к факторам риска развития застоя крови в простате.

Регулярные задержки стула приводят к застою крови в органах таза, в том числе в простате. Стул лучше регулировать соблюдением диеты, и только если запоры приобретают длительный характер, можно использовать лекарственные средства. Задержка мочеиспускания также приводит к застою крови в органах таза, особенно в мочевой системе. Мужчине следует знать особенности своего организма и спланировать свой день так, чтобы всегда иметь возможность посетить туалет, когда в (соответствии с его физиологией) у него появятся позывы на мочеиспускание.

Если расстройства мочеиспускания уже начались, тем более необходимо регулировать свой режим работы и жизни, чтобы иметь возможность вовремя удовлетворять появившиеся позывы.

Алкоголь вызывает как задержку стула, так и застой крови в простате. Поэтому его прием желательно резко ограничить, особенно у мужчин, склонных к развитию простатита, а тем более у больных.

9. Пояснично-крестцовый радикулит нередко служит провоцирующим моментом для развития застойного простатита. Профилактика и своевременное лечение радикулита, остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника предупреждает развитие простатита.

Во-первых, вследствие единства нервного обеспечения пояснично-крестцовой области и простаты при воспалении, радикулите, остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника, другой патологии позвоночника возможно нарушение нервного контроля вообще и, в частности, за кровоснабжением, а значит, и питанием простаты.

Во-вторых, нарушение подвижности больного, вынужденное положение вследствие болевого синдрома также

приводят к застою крови в сосудистой системе предстательной железы и накоплению секрета в выводных протоках железок.

- В-третьих, при радикулите, как правило, вынужденно нарушается ритм половой жизни, что также неблагоприятно отражается на состоянии простаты.

Таким образом, радикулит неприятен не только сам по себе, но и за счет побочного действия на простату и сексуальную функцию мужчины. Для лечения больных с простатитом с сопутствующим остеохондрозом, пояснично-крестцовым радикулитом мы предложили и применяем Устройство для растяжения и фиксации позвоночника (А. П. Азизов, А. А. Михайлов, М. М. Омаров, 1996), решение ВНИИГПЭ о выдаче патента № 05044799/14 от 28.05.1996 г. Изобретение представляет из себя вытяжное устройство, выполненное в виде лежа, состоящее из трех частей, свободно перемещающихся друг относительно друга. Под нагрузкой массы пациента устройство создает путем разложения результирующей вертикальную и горизонтальную силы, которые растягивают позвоночник и суставы.

10. Подвижный образ жизни, физические занятия укрепляют здоровье, приносят бодрость, повышают настроение и тем самым препятствуют простатиту. Простатит - болезнь тех, кто ведёт сидячий образ жизни. Бег, плавание, лёгкая атлетика и другие виды физической активности являются наиболее желательными для профилактики простатита. Для тех же, кто страдает простатитом, существуют различные специальные упражнения лечебной физкультуры, укрепляющие мышцы брюшного пресса, тазового дна, улучшающие кровообращение в предстательной железе, в малом тазу, усиливающие отток секрета и нормализующие половую активность.

Хорошим упражнением для стимулирования кровотока

в простате является ритмичное сжатие заднего прохода. Для того чтобы овладеть этим движением, нужно ритмично и глубоко втягивать в себя задний проход (но не подпрыгивать на ягодицах!), стараясь, чтобы одновременно сокращалась мышца вокруг основания полового члена.

Если не удастся овладеть этим движением, можно другим путем попытаться понять, как должна сокращаться мышца. Для этого мужчина мочится не обычной непрерывной струей, а порциями, ритмично прерывая мочеиспускание. Ощутив, какая мышца при этом сокращается, мужчина может делать то же самое движение уже без мочеиспускания.

Такое упражнение следует выполнять регулярно, каждый час по 30 раз с частотой 1 сокращение в секунду. Весь комплекс длится полминуты. Движение не должно выполняться с силой, вызывающей усталость или болезненность.

Недолеченное воспаление в любом органе мочеполовой системы мужчины способно распространиться на все остальные, связанные с ним анатомически, и вызвать, например, как тяжелое поражение почек, так и бесплодие.

Необходимо своевременно проводить лечение всех патологических состояний в этой сфере, что является также и профилактикой простатита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

Азизов А. П., Багомедова Г. М. .Реакция некоторых тканей на фитогемаглютинин // Тез. 43-й итоговой научн.студ.конфер. Даг.мед.институт. - Махачкала, 1981. -С. 13.

Азизов А. П., Кадаев А. А. Анализ эффективности лечения больных хроническим простатитом в санатории «Каякент». Матер. научно-практическая конференция «Актуальные вопросы курортологии и физиотерапии», Махачкала, 1988.

Азизов А. П., Ажубова Х. А. Комплексная рефлексотерапия половых расстройств при хроническим простатитах // В сб. «Традиционная медицина – теоретические и практические аспекты», Чебоксары, 1996, С.5

Азизов А. П., Абдулаев А. А. Роль стимуляторов растительного происхождения и продуктов пчеловодства в повышении физической работоспособности и сексуальной активности // В сб. научных трудов «Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении», Ялта, 1996, С. 18-20.

Азизов А. П., Омаров Ш. М. Продукты пчеловодства и лекарственные растения в сексопатологии. - Махачкала, 1996. - 40с.

Азизов А. П. Адаптогены и медицинские пиявки в комплексном лечении больных с хроническим

простатитом/ТВ кн. «Актуальные вопросы урологии». - Махачкала, 1997. - С.76-77.

Азизов А. П., Омаров Ш. М. Апифитотерапия сексуальных расстройств при хроническом простатите // Материалы V научно-практической конференции «Апитерапия сегодня». - Рыбное, 1997. -С. 149-150.

Азизов А. П., Сейфулла Р. Д. Повышение сексуальной потенции у мужчин//Ж. Пчеловодство. - 1997. -№1. - С.60-61.

Азизов А. П., Сейфулла Р. Д. Лечение хронического простатита растительными стимуляторами и медицинскими пиявками // VI Материалы VI национального конгресса по натуротерапии и рекреации. - Санкт-Петербург: Здоровый мир, 1997. - С. 19-20.

Азизов А. П., Сейфулла Р.Д., Кондратьева И.И. Приоритетная справка №96122899/25 (029617) Продукт «Фитотон» повышенной биологической ценности. Патент на изобретение выдан Всероссийским научно-исследовательским институтом государственной патентной экспертизы 26.05.1997

Азизов А. П., Сейфулла Р.Д., Кондратьева И. И. Приоритетная справка №96122898/25 (029618) Продукт «Адаптон» повышенной биологической ценности. Патент на изобретение выдан Всероссийским научно-исследовательским институтом государственной патентной экспертизы 26.05.1997

Азизов А. П., Сейфулла Р. Д. Повышение сексуальной потенции у мужчин при применении Элтона и Леветона // Материалы V научно-практической конференции «Апитерапия сегодня». - Рыбное, 1997. -С. 140-142.

Азизов А. П., Омаров Ш. М. Применение адаптогенов в лечении психогенной импотенции // Материалы IV Российского национального конгресса «Человек и лекарство». - М., 1997. - С.95.

Азизов А. П. Лечение пчелоужалениями и растительными стимуляторами эректильной дисфункции // Материалы II национального конгресса по натуротерапии и рекреации. - Санкт-Петербург: Здоровый мир, 1997.- С.20.

Азизов А. П. Вопросы обследования на инфекции передаваемые половым путем при диагностике хронического простатита. Матер. Республик. научно-практической конференции «Актуальные вопросы урологии». Махачкала, 2001. С.89-91.

Азизов А. П. Классификация простатита для повседневной работы врача уролога. Матер. Республик. научно-практической конференции «Актуальные вопросы урологии». Махачкала, 2001. С. 91-95.

Азизов А. П. Опыт фитотерапии в лечении больных хроническим простатитом. Матер. I-ой республиканской научно-практической конференции по медикаментозной медицине. Махачкала, 2002 г.

Азизов А. П. Мужские сексуальные проблемы и простатит. В мат. конфер. «Социальные и клинические проблемы сексологии». Сексопатологии. М., 2003.

Акулович А. И., Будревич А. У. Диагностика хронического неспецифического простатита: автореферат, дис...канд. мед. наук.-Минск, 1982.к/.

Аптер Н. М. Сексуальные неврозы и их терапия // Неврозы / Под ред. А. И. Геймановича. Х., 1929 – с. 66-84.

Арцилович Н. Г., Корнев А. В., Иванова Т. М., Пинегин Б. В., Москалец О. В., Оприщенко М. А. Синдром хронической усталости и иммунной дисфункции. Ж. иммунология, № 6, 1994.

Бобков Ю. Г., Виноградов В. М., Катков В. Ф., Лосев С. С., Смирнов А. В. Фармакологическая коррекция утомления. М., 1984.

Боржиевский Ц. К., Фитько Н. С. Применение димексидомедикаментозных смесей при лечении хронического простатита//Урол. и нефрол. - 1980.-№2.- С.34-36.

Боржиевский Ц. К., Фельдман М. Ю. Лечение больных хроническим простатитом на курорте Моршин // Вести, дерматол.- 1986.-№1 .-С.64-67.

Брехман И. И. Человек и биологически-активные вещества, М., 1980.

Вартапетов Б. А., Демченко А. М. Предстательная железа и возрастные нарушения половой деятельности. Киев, 1975.

Васильченко Г. С. Общая сексопатология. М., 1977.

Васильченко Г. С. «Частная сексопатология» в 2-х томах. М. 1983.

Васильченко Г. С. Справочник. Сексопатология. М., 1990.

Возианов А.Ф., Горпинченко Н. И., Бойко Н. И. и др. Применение простатилена при лечении больных с заболеваниями предстательной железы// Урол. и нефрол.- 1991.-№6.-С.-43-46

Гаваа Лувсан. Очерки методов восточной рефлексотерапии. Новосибирск, 1991.

Гомберг М. А., Ковалык В. П. Хламидиоз и простатиты. Ж. ИППП №4, 2002.

Горпинченко И. И. Геронтологическая сексопатология, Киев, 1991.

Делекторский В. В. Невенерические заболевания, передающиеся половым путем//Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путем/ Под ред. Н. М., Овчинникова, В. Н. Бедновой, В. В. Делекторского.- М., 1987.- С-269-295.

Делекторский В. В., Яшкова Г. Н., Хачикян Х. М. и др. Актуальные вопросы патогенеза и лечения урогенитального хламидиоза // Актуальные вопросы диагностики и лечения хламидийных инфекций: Сб. науч. Трудов под ред. А. А. Шаткина - М., 1990.- С. 83-85.

Ефремов А. П. Фитотерапия заболеваний предстательной железы. М., 1999.

Зубаиров Д. М. Физиологические и патофизиологические механизмы регуляции свертывания крови. Дис. Д-ра мед. наук. Казань, 1963.

Ивлиева О. Б., Багомедова Г. М., Азизов А. П. Реактивность организма при аутоиммунных поражениях сосудов // Всероссийский конкурс по естественным и гуманитарным наукам. -1981. Рукописный. -38с.

Ильин И. И. Негонококковые уретриты у мужчин. - 3-е издание М., 1991. Заболевания, передаваемые половым путем. 333 млн. новых излечённых случаев в 1995 году: Пресс-релиз ВОЗ, 25.08.95// ЗППП.-1995.-№5-С.81-82.

Имшинецкая Л. П. Роль гормональных изменений в патогенезе половых расстройств и бесплодия при хроническом неспецифическом простатите: Дис. ...докт. мед. наук.- Киев, 1983.

Имшинецкая Л. П. Сравнительная оценка эндокринной функции яичек, гонадотропной и лактотропной активности аденогипофиза при различных формах интерорецептивной половой дисфункции. Ж. Урология и нефрология, № 2, 1983.

Кан Д. В., Сегал А. С., Кузьменко А. Н. Диагностика и лечение хронического неспецифического простатита: Метод, рек.- М., 1980.

Каплун М.И. Хронический неспецифический простатит Уфа, 1984.

Каркищенко Н. Н. Клиническая и экологическая фармакология в терминах и понятиях, М., 1980.

Карпухин В. Т., Карпухин И. В. Применение физических факторов в лечении больных хроническим простатитом // Вести. Хир.- 1981.- №9.- С.-67-69.

Карпухин И. В., Миненков А. А., Ли А. А., Зубкова С. М., Богомольный В. А. Физиотерапия андрологии. М., 1999.

Кобелев А. А. Некоторые вопросы диагностики и терапии хронических простатитов: Автореф. дис. ... канд мед. наук. -Челябинск, 1968.

Ковалев Ю. Н., Ильин И. И., Зиганшин О. Р., Ковалев А. Ю. К клиническим особенностям и патогенезу хронического простатита// Вести. Дерматол. - 1995. - №2. -С. 50-52.

Ковалев Ю. Н. К патогенезу хронических уретрогенных простатитов: Автореф. дис. ... канд. мед наук. -М., 1971.

Козлова В. И., Пухнер А. Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. М., 1995.

Корик Г. Г. Хронический простатит. -Л., 1975.

Косовский М. Н., Сыров В. Н., Мирахмедов М. М., Каткова С. П., Хунбактова З. А., Влияние нерабола и эрдистерона на некоторые связанные инсулинзависимые процессы в норме и при инсулинрезистентности. Ж. Проблемы эндокринологии Т. 35 № 5,1989.

Кишов М. Г., Азизов А. П. К морфологической реакции лимфоидной ткани на фитогемагглютинин (ФГА)//В кн. «Функциональная морфология лимфатических узлов и других органов иммунной системы и их роль в иммунных процессах». -М, 1983. -С.83.

Кришталь В. В., Гульман Б. Л.. Сексология, в 5 частях, Харьков, 1997.

Кугляк Л. Г. Простатит (профилактика и лечение хронических простатитов и половых расстройств). М., 1996.

Кузнецова О. П., Воробьев П. А., Яковлев С. В. Инфекции мочевыводящих путей. М., 1996.

Куликов Ю. С., Тагиров Р. Ф., Каргин Е. М. О некоторых причинах безуспешной терапии хронических простатитов // Материалы 3-го Всесоюзного съезда урологов. - Минск, 1984. -С.284.

Лесин А. И. Рефлексотерапия хронического неспецифического простатита, осложненного сексуальной дисфункцией. В кн.: Материалы III Всесоюзного съезда урологов. Минск, 1984.

Лопаткин Н. А., Аполихин О. А., Сивков А. В., Ощепков В. Н., Егоров А. А. Результаты монотерапии теразозином (кор. НАМ) больных хроническим простатитом. Ж. Урология №5, 2002.

Лупандин А. В., Лапаев И. И. Лимонник. Хабаровск, 1981.

Лупандин А. В. Физиологические механизмы повышения устойчивости организма под влиянием адаптогенов ДИС. Д-ра биол. наук. Л., 1989.

Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р. Мастерс и Джонсон о любви и сексе, в 2-х частях, С.-Петербург, 1991.

Молочков В. А., Ильин И. И. Хронический уретрогенный простатит. М., 1998.

Навашин С.М., Фомина И.П. Рациональная антибиотикотерапия. - М.,1982. .

Никонов Г. И. Гирудотерапия и гирудотерапия, М., Санкт-Петербург, 1998.

Никонов Г. И. Медицинская пиявка. Основы гирудотерапии, Санкт-Петербург, 1998.

Овчинников Н.М. Гонококк и лабораторная диагностика гонореи. - М., 1952.

Овчинников Н. М. Лабораторная диагностика венерических заболеваний. - М., Медицина, 1969.

Огреба В. И., Станкевич С. А., Кусмарцев С. А. Коррекция иммунологических нарушений обусловленных, трансмеридиальным перемещением, тюлинтином и экстрактом радиолы розовой. Бюл. Сиб. АМН СССР № 1, 1990.

Порудоминский И. М. Гонорея. - М., 1952.

Приленский Б. Ю. Клиника и лечение психических нарушений при простатите. Методически рекомендации. Тюмень, 1986.

Проскура О. В. Неспецифические простатиты и везикулиты: Руководство по клинической урологии / Под ред. А. Я. Пытеля. - М., 1970. - С. 193-208.

Пытель А. Я., Лопаткин Н. А. Урология. - М., 1970.

Савинов В. А., Таубкин И. С. Влияние хронического простатита на иммунологический статус больных аденомой и раком предстательной железы //

материалы 3-го Всесоюзного съезда урологов. - Минск, 1984. -С.245.

Савинов В. А. Хронический простатит: лечение пиявками и другими природными средствами. М., 1998.

Савинов В. А. Гирудотерапия в урологической клинике, М., 1993.

Сагалов А. В. Амбулаторно-поликлиническая андрология. Челябинск, 2002.

Симокин С. Ю., Панюшкин В. В., Португалов С. Н., Костина Л. В.

Садыков Ш. Б. Иммунологические механизмы повышения резистентности организма к стрессовому воздействию под влиянием адаптогенов. Автореф. дис. д-ра мед. наук. Киев, 1990.

Санамянц В. А. К вопросу о стадийности развития хронического простатита. Матер. конф.: Актуальные вопросы

медицинской реабилитации больных урогенитальными заболеваниями и сексуальными дисгармониями, Кисловодск, 2000.

Сейфулла Р. Д., Воронина Л. Н., Португалов С. Н. Медицинские средства восстановления работоспособности. Сб. «Фармакологические средства адаптации и ускорения восстановительных процессов». М., 1987.

Сейфулла Р. Д., Борисов И. Г. Проблема Фармакологии антиоксидантов. Ж. Фармакология и токсикология. Т.53. №6, 1990.

Сейфулла Р. Д., Кибрик Н. Д., Азизов А. П. Действие комплексных препаратов растительного происхождения на половую активность мужчин/Материалы IV Российского национального конгресса «Человек и лекарство». - М., 1997. - С-178.

Сейфулла Р. Д., Азизов А. П. Фармакологическая синхронизация сексуального темперамента // Материалы V научно-практической конференции «Апитерапия сегодня». - Рыбное, 1997. -С. 123

Сейфулла Р. Д., Ким Е. К., Анкудинова И. А. Сексуальное поведение мужчин, М., 1995.

Сейфулла Р. Д., Попова Н. М. Допинги секса. М., 1995.

Серняк П.С., Мавров И. И., Бухарович М. Н. и др. Современные принципы диагностики и терапии хронических, бактериальных простатитов // Материалы 3-го Всесоюзного съезда урологов. - Минск, 1984.- С. 222-223.

Суздальницкий Р. С. Левандо В. А. Кузьмин С. А., Першин Б. Б., Явление исчезновения иммуноглобулинов из биологических жидкостей. Открытие № 345. Госреестр, 1987.

Табеева Д. М. Руководство по иглорефлексотерапии. М., 1980

Таруашвили Г. И., Якобашвили Ю. В., Таруашвили И. Г., Дохоян Б. М. Некоторые возможности повышения эффективности противовосполительной терапии при хроническом инфекционном простатите. Матер. конф.: Актуальные вопросы медицинской реабилитации больных урогенитальными заболеваниями и сексуальными дисгармониями, Кисловодск, 2000.

Тиктинский О. Л., Новиков И. Ф., Михайличенко В. В. Заболевания половых органов у мужчин. -Л., 1985.

Тиктинский О. Л., Воспалительные заболевания мочеиспускательного канала, предстательной железы, семенных пузырьков и семенного бугорка // Руководство по андрологии / Под ред. О. Л. Тиктинского. -Л., 1990.- С. 51-97.

Тиктинский О. Л., Калинина С. Н. Простатит - мужская болезнь. -СПб., 1994.

Ткачук В. Н., Горбачев А. Г., Агулянский Л. И. Хронический простатит-. -Л., 1986.

Трапезникова М. Ф., Савицкая К. И., Аль-Сурн Ахмад и др. Ципрофлаксацин при лечении хронического бактериального простатита // Урол. и нефрол. - 1995. - %5. - С. 20-23.

Фолювская Г. Н., Бердышев А. Г., Холодова Ю. Д. Иммуномодуляторный эффект экидистеронов. Укр. Биох. Журнал т. 64., № 2, 1992.

Хольцов Б.Н. Повреждения и заболевания предстательной железы. - СПб., 1909.

Чеботарев В.В. Методы лечения гонореи, некоторых заболеваний у мужчин, профилактика постгонорейных осложнений (клинико-экспериментальные, иммунологические и цитохимические исследования); Автореф. дис. ... док. мед. наук.-М., 1991.

Чеботарев В. В. Гомберг М. А. Сравнительная эффективность различных схем лечения осложненных форм урогенитального хламидиоза у мужчин. Журнал «ИППП» 2001;3:18-21.

Шаткин А. А., Мавров И. И. Урогенитальные хламидиозы. - Киев: Здоров'я, 1983.

Шмидт У., Хартманн М., Пфютснер Х. Спектр возбудителей при негонококковых уретритах // Вестн. дерматол. -1988.-№10. С.32-34.

Щербакова Н.В., Евстигнеева И.В. Основные направления лабораторных исследований в диагностике ИППП / Актуальные вопросы венерологии и дерматологии: Сб. науч. Трудов. -Екатеринбург, 1995. - С. 18-21.

Юнда И. Ф. Простатиты. - Киев: Здоров'я, 1989.

Юнда И. Ф., Имшинецкая Л.П., Добровольская Л.И. и др. Хронический мочеполовой трихомониаз и нарушение половой функции у мужчин // Вестн. дерматол.-1988.-№1.-С. 71-74.

Adjiman M. Prostatiteschroniques meladies d'avenir //Ann.J. Urol.- 1973.-Vol.7.-P.201- 204.

Bennet B. D., Richardson P.H., Gardner W.A. Histopathology and cytology of prostatitis // Prostate diseases / Eds. H. Lapor, R.K. Lawson.- W.F. Sanders Co. - Philadelphia, 1993. -P.399 - 413.

Colleen S., Mardh P. A.,Effect of methacycline treatment on nonp-acute prostatitis Scand Jurjl Ntphroll975;9:198.

Collen S., Mardh P. A. Prostatitis // Sexuale Trabsmitted diseases / Eds. K.K. Homes et al. -New York,-VcGraw-Hill Book Co. - 1984 - P.-662-671.

Doble A., Taylor-Robinson D. Diagnosis, etiology and pathogenesis of Abacterial prostatitis // Prostatitis/ Etiopathology, Diagnosis and Therapy /Eds. W. Weidner. P.O. Nadsen, H.G. Schiefer. Springer - Verlag - Berlin, 1994.-P 229-244/

Jiminez-Cruz J.F., Tormo CJ. Treatment of chronic prostatitis in traprostatic antibiotic injections under echography control //J.Urol-1988.-Vol.139.-P.967-970

Kirby R. S., Lowe D., Bultitude M.I., Shuttleworth KED. Intra-prostatic urinary reflux: an aetiological factor in abacterial prostatitis. Br J. Urol 1982;54:729-31.

Liu M., Zhang J. T. Studies on the mechanisms of immunoregulatory effects of ginsenoside in aged in rats. Vao Hsueh Hsueh Pao. Vol. 32, № 2, 1996.

Mardh P.A., Colleen S., Holmquist B. Chlamydia in chronic prostatitis. Br Med J 1972; 4:361.

Meares E. M. Prostatitis syndromes: New perspectives about old woes// J. Urol.-1980.- Vol.123.-P.141-147.

Meares E.M. Prostatitis: review of pharmacokinetics and therapy // Rev. Infect. Dis.- 1982.-Vol.4-P. 475-483.

Meares E. M. Urethritis, Prostatitis, Epididymitis and Orchitis // Infections diseases / - Eds. S.L. Gorfadi. J. G. Bartlett, N.K. Blacklow, W.B. Saunders Co. - 1992.- p. 798-805.

Mizumo M. Differences in immunomodulating effects between wild and cultured panax ginseng. Biochem. Biophys. Res. Commun. Vol. 200, №3, 1994.

Nickel J., Sorensen R.//J. Urol. (Baltimore). – 1996 – Vol.155.-P.1950-1955.

Nilsson S, Johansson G, Lycke E. Isolation of Chlamydia trachomatis from the urethra and prostatic fluid in men with signs and symptoms of acute urethritis. Acta Dermatovenereol (Stockholm) 1981;61:456-9.

Prostatitis. Etiopathology, diagnosis and therapy/ Ed. W. Weidner, P.O. Madsen, H.G. Schifer - 1994 - Springer-Verlag - Berlin Neidelberg.

Pust R. A., et al. Klinische und experimentelle Urologie 11. Weidner W, Brunnner H, Krause W, Rothauge CF (eds). Therapy of prostatitis. Zuckschwerdt, Munich, 1986:102-9

Ristuccia A. M., Cunha B. A. Current concepts in antimicrobial therapy of prostatitis // Urology 1982 – Vol 20 – P 240-242.

Stamey T.A., Bushby S.R.M., Brugonje J. The concentration of trimetoprim in prostatic fluid // Nature – 1968 – Vol. 218 – P.444.

Stamey T.A., Pathogenesis and Treatment of Urinary Tract infections Baltimore, Williams and Wilckins, 1980.

Weineck I. Optimales Training. Erlangen, 1987.

ПРОСТАТИТ

Вымысел и реальность

Ахмед Пирмагомедович Азизов

Редактор – Зарема Гаджиева

Формат 60х901/16. Усл. пл. 11,5.
Бумага газетная/офсетная
Гарнитура «Times New Roman».
Печать ризографная. Заказ 7.
Цена свободная. Тираж _____ экз.
Издательство НП «РСБЭ»