

ГИППОКРАТ



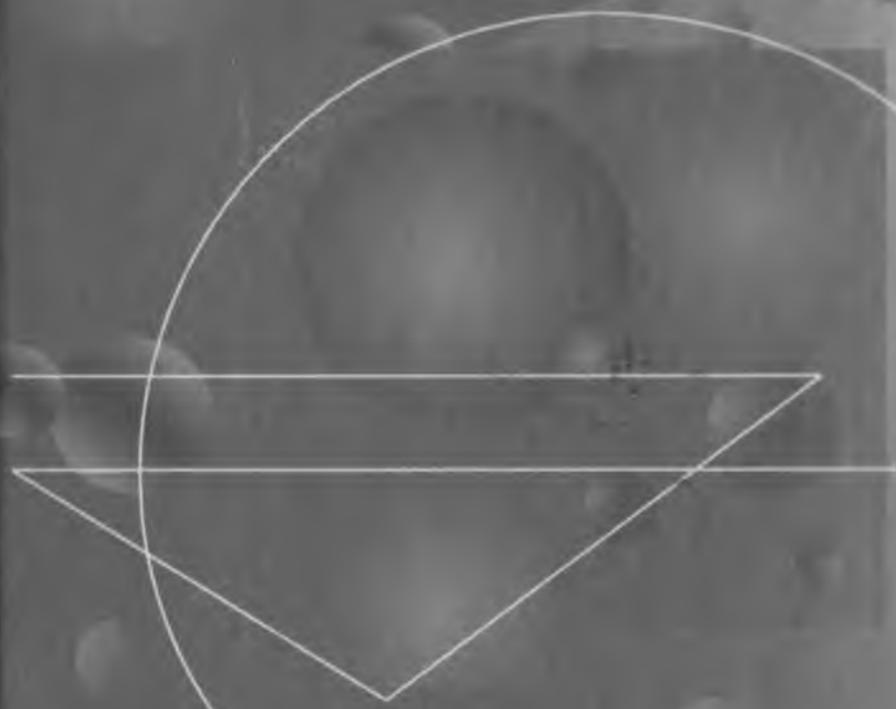
ГИППОКРАТ



Э.К. АРНОЛЬДИ

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ

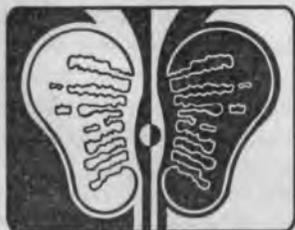
Э.К. АРНОЛЬДИ **ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ**



Э. К. Арнольди

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ

ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ, ОПЫТ



РОСТОВ-НА-ДОНУ

 **ЕНИКС**
1999

ББК 56.9
А 84
УДК 616.65-002

Рецензент — директор Украинского НИИ дерматологии
и венерологии, доктор медицинских наук,
профессор *И. И. Мавров*

Арнольди Э. К.

А 84 Хронический простатит: проблемы, опыт, перспективы. — Ростов н/Д: «Феникс», 1999 — 320 с.

Данная работа дает широкое представление о хроническом простатите, методах его лечения, профилактики. В книге подробно изложены все имеющиеся на сегодняшний день схемы лечения простатита: от традиционных до нетрадиционных (фитотерапия, иглорефлексотерапия, гирудотерапия и т. д.).

Автор освещает вопросы взаимосвязи простатита и доброкачественной гиперплазии простаты (аденомы), а также глубоко исследуется проблема бесплодия и нарушения потенции у мужчин. приводятся подробные методики лечения этих патологий.

Рассчитана на врачей-урологов, андрологов, сексологов, дерматовенерологов, репродуктологов, врачей семейной медицины, представителей иных медицинских специальностей, а также в определенной мере на лиц, болеющих хроническим простатитом.

ББК 56.9

ISBN 5-222-00888-6

© Э. К. Арнольди, 1999

© Оформление, изд-во «Феникс», 1999

Введение

Проблема хронического простатита в настоящее время приобрела особую актуальность по ряду экологических, социальных и этико-моральных причин, существенно увеличивших заболеваемость. Важность проблемы связана также с тем, что воспаление предстательной железы может значительно нарушать ее функции, обеспечивающие мужскую фертильность, что в конечном итоге приводит к ухудшению демографических показателей.

Болезнь эта актуальна также для лиц, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты, — возрастным заболеванием значительной части мужчин старше 60 лет, у которых простатит нередко осложняет восходящей инфекцией и кровотечениями хирургические и аппаратные вмешательства.

Желание написать работу о простатите возникло у автора достаточно давно. Изданное в 1997 году пособие для молодых специалистов быстро разошлось, а актуальность вопроса и современные исследования, направленные на совершенствование методов диагностики и лечения, заставляют продолжить эту тему, пополнив ее новейшей информацией.

В последние годы появилась (и не только у пациентов) тенденция упрощенно представлять простатит в основном как следствие инфицирования простаты, что, в свою очередь, порождает неоправданные надежды излечивать его с помощью адекватно подобранных антибактериальных препаратов. При этом нередко не учитываются индивидуально различные морфофункциональные изменения в железе, являющиеся предпосылкой для ее инфицирования и, естественно,

сохраняющиеся и по завершении курса антибактериальной терапии. От характера и степени выраженности этих изменений зависят индивидуальные особенности комплексной терапии заболевания.

Данная работа не претендует на исчерпывающую полноту освещения всех сторон проблемы простатита и должна рассматриваться как совокупность отдельных фрагментов этой поистине неохватной темы, нуждающейся в дальнейшем изучении.

Мы не пытались дать собственную классификацию простатита (хотя в свое время и опубликовали ее) — их имеется вполне достаточно. К тому же приверженность какой-либо классификации создает иллюзию существования лечебных программ, соответствующих определенным формам болезни. Тем не менее, как диагностика, так и лечение простатита должны исходить из индивидуальных особенностей патогенеза, которые зависят от сложных этиогенетических составляющих, попытка обозначить которые сделана в соответствующем разделе.

Течение простатита у каждого пациента сугубо индивидуально и требует соответствующего терапевтического подхода (здесь не имеются в виду формы, протекающие с наличием специфической микрофлоры и требующие применения определенных препаратов). Однако мы считаем необходимым напомнить о существовании дивертикулярной формы простатита, описанной и проиллюстрированной Б. С. Гехманом в его монографии «Уретрография и простатография», так как представление об этой патогенетической особенности развития заболевания дает в руки врача дополнительные терапевтические возможности, основанные на непосредственном введении лекарственных веществ в расширенные простатические альвеолы.

Указанные обстоятельства создают перспективу

дальнейшей разработки лечения простатолитиаза (каменной предстательной железы), методика которого описана в книге.

В книге освещены вопросы взаимосвязи простатита и аденомы простаты. Раздел, касающийся лечения больных с сочетанием этих простатопатологий, написан заведующим кафедрой урологии Курского государственного медицинского университета профессором О. И. Братчиковым.

Хочется надеяться, что книга с интересом будет встречена широким кругом специалистов, имеющих отношение к патологии предстательной железы.

Под термином «простатит» почти всегда имеется в виду хронический простатит.

Встречающиеся в работе повторения некоторых положений объясняются стремлением наиболее полно изложить материал соответствующих разделов книги и находят свое оправдание в известной дидактической аксиоме «*Repetitio est mater studiorum*».

*Feci quod potui faciant,
meliora potentes.*

Вопросы эпидемиологии простатита

Термин «эпидемиология» в данном случае меньше всего имеет в виду контагиозность простатита. Значение этого понятия, как известно, не ограничивается инфекционными заболеваниями, обусловленными строго специфическими возбудителями. Этот термин используется также в отношении распространенных неконтагиозных заболеваний, например ишемической болезни сердца. Тем более допустимо и, более того, необходимо, использовать это понятие для изучения простатита, при котором элемент контагиозности в определенной мере все же имеется и который способен оказывать влияние на демографические показатели (в частности, на рождаемость), приобретая в связи с этим несомненную социальную значимость (В. И. Грищенко, Н. А. Щербина, 1997).

По некоторым данным (И.Ф.Юнда, 1987) частота заболеваний хроническим простатитом за последние десятилетия увеличилась почти вдвое и сейчас этой болезни подвержена чуть ли не половина всех мужчин в возрасте от 20 до 50 лет. Можно не сомневаться, что из-за недостаточной специфичности и выраженности начальных проявлений простатита число болеющих им гораздо больше, чем число пациентов, обращающихся за помощью. Это не может не сказываться на частоте осложнений, включая и те, что снижают мужскую фертильность и соответственно показатель рождаемости.

Причины роста заболеваемости простатитом раз-

личны и среди них можно отметить как социальные — возросшую свободу полового общения, так и биологические — повышение агрессивности флоры, сапрофитирующей в урогенитальной системе, увеличение числа микробных штаммов, имеющих приобретенную устойчивость к антибактериальным препаратам, а также снижение общей резистентности населения под влиянием ухудшающихся экологических факторов. Всё это увеличивает вероятность присоединения инфекции к имеющимся функционально-динамическим застойным изменениям в простате.

Одной из причин повышения агрессивности флоры является, как уже сказано выше, возрастающая свобода половых контактов и связанный с этим обмен между половыми партнерами микробными (точнее, полимикробными) ассоциациями, включающими условно-патогенную флору, что сообщает хроническому простатиту элемент контагиозности.

Еще одна важная проблема — возрастающее распространение хламидийных форм воспаления простаты, составляющих сейчас около 15% общей заболеваемости простатитом (и без того достаточно большой) и соответственно хламидийной инфицированности сексуальных партнерш.

Вследствие этого обстоятельства растет заболеваемость офтальмохламидиозом, особой формой хронического и трудно поддающегося лечению (к тому же часто рецидивирующего) фолликулярного конъюнктивита, возникающего при попадании хламидий в глаза.

В связи с этим нелишне вспомнить латинское наименование возбудителя хламидиоза — *Chlamydia trachomatis*, являющегося также возбудителем одного из известных социально обусловленных заболеваний — трахомы. Автору, работавшему в начале 60-х годов старшим инспектором лечебного сектора одного из

областных отделов здравоохранения, пришлось принимать участие в ликвидации последнего очага трахомы, упорно тлевшего в одном из глубинных российских районов. В результате почти непрерывных командировок офтальмологов областного центра этот очаг был, наконец, с большим трудом ликвидирован.

Ныне эвфемизм — «офтальмохламидиоз», вероятно, на какое-то время и поможет закрыть глаза на новое наступление претерпевшего патометаморфоз и, казалось, давно ушедшего в прошлое социального заболевания, но никак не уменьшит важности, по-видимому, вновь возникающей достаточно серьезной проблемы.

Учитывая широкое распространение хламидийных форм простатита, а также возросшую свободу половых отношений, можно смело высказаться в пользу наличия этиологической связи между хламидийной генитальной инфекцией и так называемым офтальмохламидиозом.

Борьба с офтальмохламидиозом, помимо лечения специфической инфекции, должна включать в себя также пропаганду гигиены сексуальных взаимоотношений. При оценке значимости эпидемиологических проблем простатита возникают следующие вопросы:

- может ли простатит вызывать или поддерживать воспалительные процессы гениталий (в том числе аднекситы и эрозии шейки матки) у половой партнерши?
- могут ли хронические воспалительные заболевания женских гениталий быть одной из причин возникновения простатита, а также снижать эффективность его лечения?
- способен ли простатит приводить к мужскому бесплодию?
- может ли наличие простатита приводить к срыву наступившей беременности?

• способен ли простатит обусловить появление тех или иных аномалий у будущего ребенка? Сам по себе? В результате применения определенных лекарственных препаратов в период, предшествующий оплодотворению?

• в какой мере высокая заболеваемость простатитом составляет резервуар патогенной микрофлоры?

• в какой степени широко практикуемая антибактериальная терапия простатита может служить причиной увеличения числа антибиотикоустойчивых форм микрофлоры?

• насколько широкая распространенность простатита способна влиять на основные демографические показатели (рождаемость, естественный прирост населения, общую заболеваемость, смертность)?

• отражается ли распространенность простатита на социальных показателях — соотношении количества браков и разводов, состоянии общественной половой морали?

• влияет ли на рост заболеваемости простатитом миграция населения?

• в какой связи с заболеваемостью простатитом находится распространенность венерических заболеваний, включая СПИД (учитывая возможную сексуальную неудовлетворенность половых партнеров)?

К сожалению, на все эти вопросы трудно дать однозначные ответы, вернее, ответы не могут быть одинаковыми для каждого конкретного случая, однако же перечисленного вполне достаточно, чтобы убедиться в высокой социальной значимости такого широко распространенного (причем преимущественно среди молодежи) заболевания, каким является хронический простатит.

Существует, однако, мнение (Л. Л. Гомелла, Д. Д. Фрайд, 1995), что лица, болеющие хроническим простатитом, имеют меньше шансов погибнуть от рака

простаты уже в силу того обстоятельства, что они постоянно находятся под наблюдением врача и начальные проявления карциномы предстательной железы будут у них своевременно распознаны.

Среди причин повышения значимости проблем, связанных с простатитом, можно отметить как рост заболеваемости, так и усугубление выраженности его клинического течения.

Следует также указать на существование связи между простатитом и вероятностью развития в перспективе доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Помимо этого, наличие простатита увеличивает возможность возникновения осложнений при хирургическом лечении этого заболевания. Это особенно актуально, если учесть, что хронический простатит встречается более чем у половины больных с доброкачественной гипертрофией простаты (А. В. Аркатов, 1995; О. И. Братчиков, 1995). Соответственно более чем у половины оперируемых по поводу аденомы простаты можно ожидать активизации урогенитальной инфекции в послеоперационном периоде.

О. И. Братчиков указывает также на то, что одним из факторов, отягчающих симптоматику доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и повышающих вероятность наступления задержки мочи, является значительное уплотнение капсулы простаты при длительном течении простатита, что препятствует увеличению наружных размеров железы и способствует сдавлению уретры.

Анатомотопографические характеристики предстательной железы, а также ее функции обуславливают симптоматику ее заболеваний, а также степень эффективности терапевтических воздействий, применяемых при лечении простатита.

Так, находящиеся между простатой и полостью прямой кишки восемь анатомических слоев (слизис-

тый, подслизистый и мышечный слои кишки, рыхлая клетчатка, обеспечивающая смещаемость слизистой recti по отношению к простате, апоневроз Денонвилле, состоящий из двух плотных фиброзных пластинок, элементы венозного сплетения и собственная капсула простаты) создают определенные трудности для непосредственного проникновения в железу лекарственных веществ, вводимых в прямую кишку.

В частности, на этом основании патентная экспертиза отвергла заявку на изобретение одного инженера, предложившего дырчатое массажное устройство, обеспечивающее, по мнению автора, поступление «непосредственно в простату» противовоспалительного средства — гидрокортизоновой мази — из тюбика, находящегося в рукоятке приспособления.

Указанные особенности железы не исключают полезного эффекта при простатите теплых лекарственных микроклизм и ректальных суппозиторий, хотя действие компонентов последних осуществляется, главным образом, через общее кровяное русло. При этом вещества, всасывающиеся в прямой кишке, не проходят через систему воротной вены, их химическая структура не подвергается изменению в печени, что, несомненно, является положительной стороной ректальной лекарственной терапии.

О функциях простаты

Физиологическая роль предстательной железы весьма многообразна и касается как реализации различных репродуктивных функций, так и удержания мочи и, следовательно, нормального мочевыделения.

Одна из основных функций предстательной железы состоит в выработке секрета, обеспечивающего

после эякуляции разжижение спермы и подвижность спермиев благодаря наличию в нем фруктозы и цитрата цинка. Нормальный секрет простаты содержит цитрат и фруктозу, инициирующие двигательную активность сперматозоидов после эякуляции. Разжижение эякулята также обусловлено действием протеолитических ферментов, продуцируемых предстательной железой.

Исследования, проводимые Lynn Fraser и ее сотрудниками в Лондонском Kings College Biomedical Sciences Labs, выявили наличие в спермальной плазме вырабатываемого простатой пептида FPP (fertilization promoting peptide), предупреждающего преждевременную акросомную реакцию спермиев. Как показали исследования П. Г. Морозова (1990), значительный процент мужского бесплодия вызван именно этой причиной, как следствием нарушения тканевого обмена веществ в простате.

Цинк, избирательно накапливающийся в простате,— специфический компонент ее секрета. Одним из механизмов накопления цинка простатой является наличие в ней связывающих его специфических белков (У. Мейнуоринг, 1979).

Элементом-антагонистом цинка служит его аналог кадмий, конкурирующий с цинком в реакции связывания с белком и оказывающий на половую систему повреждающее и даже канцерогенное действие. При этом трудно сказать, является ли наблюдающийся в этом случае патогенный эффект кадмия непосредственным или же он связан с конкурентно обусловленной им недостаточностью содержания цинка в ткани железы.

Как показали исследования П. Г. Морозова и А. Бассама, дефицит цинка имеет также значение в обеспечении местной сопротивляемости простаты инфицированию.

Помимо этого, простата относится к числу важных звеньев системы регуляции выработки тестостерона. Сравнительно недавно была выдвинута теория о заместительной роли простаты при возрастном снижении гормональной функции яичек (G. Bartsch and al. 1996). В этом случае, по мнению авторов, простата начинает продуцировать тестостерон, который, в свою очередь, оказывает на нее эффект, стимулирующий гипертрофию эпителия парауретральных желез, что приводит к началу роста аденомы простаты.

Очень важной функцией простаты является совершающееся в ней превращение тестостерона в функционально более активный андроген — 5-альфа-дигидротестостерон. Андрогенорецепторный аппарат предстательной железы в течение жизни претерпевает ряд изменений (Л. В. Панченко, 1987), что служит одним из этиологических факторов возрастных простатопатий.

Видимо, этим можно объяснить терапевтический эффект андрогенов на ранних стадиях аденомы простаты (уменьшается содержание гонадотропинов вследствие повышения уровня андрогенов). Этим же, вероятно, обуславливается терапевтическое действие ингибиторов альфа-редуктазы — финастерида (проскара) и препаратов эстрогенного ряда.

Важная гормональная функция простаты — продуцирование (наряду с клетками Сертоли) ингибина — вещества, тормозящего синтез и высвобождение гипофизом фолликулостимулирующего гормона (П. Г. Морозов, 1990).

В связи с вышеперечисленным вопрос о влиянии хронического воспаления предстательной железы на развитие аденомы вновь приобретает актуальность, так как известно возникновение андрогенной недостаточности при хроническом простатите и можно предположить, что вследствие этого меняется способность

простаты как продуцировать андрогены, так и трансформироваться под их влиянием.

Указанные предположения, разумеется, требуют дальнейшей клинической и экспериментальной проверки, но, возможно, они открывают определенные перспективы для профилактики развития патологии простаты в соответствующем возрасте.

Простата также является одним из продуцентов простагландинов — веществ, принимающих участие в осуществлении белкового и углеводного обмена, поддержании тонуса гладкой мускулатуры (в том числе и самой простаты), а также в нормальном функционировании эрекционного механизма.

Эмбриологическая аналогия предстательной железы и матки объясняет наличие мышечных волокон в простате, а также создает предпосылки для разработки направленной лекарственной терапии при различных вариантах ее патологии.

В работе Normandin and Lodge (1996) излагается характер фармакологической чувствительности простаты и отмечается повышение тонуса ее мускулатуры под действием карбахолина (как известно, повышающего тонус маточной мускулатуры). Это дает надежду на создание клинико-фармакологических параллелей, позволяющих оценивать вероятность простатомиотропных медикаментозных воздействий.

Не следует забывать и о роли простаты в регулировании степени наполнения мочевого пузыря. Указанная функция связана с физиологическим тонусом гладкой мускулатуры простаты, помогающей удерживать мочу.

При всей важности простатических функций нужно помнить, что компенсаторные способности организма позволяют в большинстве случаев успешно восстанавливать нарушенные функции, и для мужчины, болеющего простатитом, особых проблем в жизни

обычно не возникает, если только он не убедит себя сам в их неизбежности.

Известный афоризм «Простата — второе сердце мужчины», несмотря на его несомненную выразительность, ни в коем случае не нужно понимать буквально. Это, кстати, очень важно для лиц среднего и пожилого возраста, перенесших радикальные хирургические вмешательства по поводу доброкачественной гипертрофии (аденомы) предстательной железы, поскольку оперированные пациенты нередко пребывают в уверенности, что им удалили не аденому, выросшую *внутри* простаты, а саму предстательную железу, которая, как они убеждены, является их «вторым сердцем». На этом основании люди, перенесшие аденомэктомию, расценивают временное снижение потенции, естественное после пребывания на больничной койке, как завершение своей сексуальной жизни, вследствие чего она действительно у них заканчивается.

Исследованиями С. И. Терещука (1987) доказана пагубность подобной убежденности. Разъяснительная работа позволила существенно уменьшить частоту снижения потенции у таких пациентов и даже восстановить утраченную половую активность. Этот пример показывает действенность психопрофилактики при лечении заболеваний предстательной железы.

При лечении хронического простатита, болезни мужчин цветущего возраста, такая работа особенно важна, о чем нужно всегда помнить и с пониманием относиться к вопросам, которые нередко задают пациенты.

Морфология предстательной железы

Расположение простаты в мочепузырно-уретральной зоне обуславливает ее морфофункциональную связь с органами, осуществляющими важнейшие функции организма. Наличие в паренхиме гладкомышечной и эпителиальной тканей определяет как сложность ее функций, так и разнообразие возникающих в ней патологических процессов.

Макроскопически простата может быть разделена на более или менее концентрически расположенные «зоны», структура которых определяет как их функцию, так и характер различных простатопатий. Периуретрально находящаяся переходная («вентральная») зона, несмотря на свой небольшой объем, является топогенетичной для развития так называемой доброкачественной гиперплазии (аденомы) простаты. В наиболее значительной по объему периферической («дорзальной») зоне обычно возникают застойные явления и связанные с ними деформации, приводящие к развитию различных форм простатита. В этой зоне чаще всего возникают карциномы простаты.

Расположенная между ними центральная зона поражается патологическими процессами, которые развиваются в предстательной железе, чаще всего вторично.

Эндопростатически расположенные секреторные единицы представлены тремя типами железок, которые различаются размерами и локализацией в различных областях предстательной железы, окружающих уретру (А.Хэм и Д.Кормак, 1983). Самые мелкие из них — слизистые (перипростатические) находятся непосредственно в слизистой оболочке мочеиспускательного канала. Именно они имеют наибольшее зна-

чение в развитии доброкачественной гиперплазии (аденомы) простаты. Вторая группа — подслизистые железы, располагается несколько периферичнее. Так называемые главные (или собственно простатические ацинусы) железы, вырабатывающие основную часть секрета простаты, локализируются в самой наружной и наиболее объемной части железы, прилегающей к задне-боковой поверхности уретры.

Протоки слизистых желез (называемых также перипростатическими) открываются по всей поверхности простатической части уретры, а протоки главных и подслизистых желез — на задней поверхности простатического отдела уретры.

В пределах простатических долек протоки желез ветвятся, формируясь в тубуло-альвеолярные секреторные ацинусы, в которых секрет не только вырабатывается, но и сохраняется, в связи с чем они могут в значительной степени растягиваться и изменять объем и консистенцию железы. В содержимом секреторных единиц простаты иногда образуются конкременты, размеры которых в дальнейшем увеличиваются вследствие их кальцинации.

Эпителий, покрывающий внутреннюю поверхность секреторных единиц и протоков, представлен у половозрелых и здоровых субъектов высокими цилиндрическими клетками, среди которых иногда также встречаются уплощенные или округлые эпителиальные клетки. В клетках цилиндрического эпителия между ядром и свободным краем определяется хорошо развитый аппарат Гольджи. Простатический эпителий располагается на *lamina propria*, состоящей из волокнистой соединительной ткани, пронизанной капиллярами.

Наличие ацинусов, выделяющих в уретру простатический секрет, обуславливает одно из основных морфологических условий, обеспечивающих нормальную

функцию простаты, — их дренированность и в то же время достаточный тонус устьев, в значительной мере препятствующий уретропростатическому рефлюксу — одному из существенных этиологических факторов простатита.

По А.Н.Мельнику (цит. по Б. Д. Айинде), в гистологической картине ацинусов предстательной железы определяется однорядный эпителий призматической и кубической формы, бледно окрашенная цитоплазма которого содержит небольшое количество мелких зерен, а также единичные капельки липидов и небольшие округлые ядра. В паренхиме железы определяются также включения в виде амилоидных телец.

По А. А. Заварзину и С. И. Щелкунову (цит. по П. В. Сиповскому и В. А. Самсонову, 1964), секреторные отделы предстательной железы выстланы кубическим эпителием, клетки которого содержат в зависимости от стадии образования секрета то зернистую, то сетчатую цитоплазму. Выводные протоки простатических альвеол выстланы призматическим, обычно многорядным, эпителием, а наиболее крупные из них — переходным.

Эпителий секреторных единиц простаты — ее ацинусов (или фолликулов) и протоков предстательной железы (за исключением участков их впадения в мочеиспускательный канал) представлен высокими цилиндрическими клетками, рядом с которыми иногда встречаются уплощенные или же округлые эпителиальные клетки.

Просвет семенных пузырьков выстлан высоким цилиндрическим эстрогенозависимым эпителием, который под действием гормонального дисбаланса трансформируется в кубические клетки несекреторного типа.

Одной из главных задач, поставленных Б. Д. Айинде (1996) в своей работе, была идентификация типа

эпителиальных клеток, обычно обнаруживаемых при клинико-лабораторном исследовании секрета простаты, с целью дифференцирования по этому признаку форм клинически проявляющегося простатита: более поверхностной и ранней — катаральной, или более глубокой — фолликулярной, или же более распространенной — паренхиматозной.

Гистологические исследования, проведенные автором на аутопсическом материале, показали, что эпителий концевых (периферических) отделов простатических ацинусов, имеющий преимущественно секреторную функцию, является цилиндрическим и кубическим, а покровный эпителий простатических ходов представлен несколькими слоями плоских клеток.

Этиологические факторы хронического простатита

В этиологии хронического простатита принимают участие два основных фактора: застойный, приводящий к развитию морфофункциональных изменений в железе, и инфекционный, осложняющий данные изменения.

Конгестия в простате может наблюдаться как следствие нарушений капиллярного кровотока, которые объясняются различными причинами: особенностями сексуального режима, степенью двигательной активности, регулярностью стула и другими факторами, влияющими на отток содержимого простатических ацинусов, чему в немалой степени способствует извилистость их выводных протоков.

К числу факторов развития простатита относится обусловленная застойными процессами в железе ак-

тивность перекисного окисления липидов, являющаяся причиной мембранодестабилизирующих процессов, и связанное с этим усиление альтеративных тканевых изменений (Р. И. Тарасов, И. А. Волчегорский и С. П. Серегин, 1997). При этом уменьшается резерв местных клеточных антиоксидантных возможностей, что еще больше усугубляет имеющиеся изменения, способствуя микробной контаминации предстательной железы.

Учет указанных особенностей патогенеза позволяет с помощью антиоксидантных и мембраностабилизирующих препаратов терапевтически воздействовать на данные звенья этиогенеза простатита.

Что касается роли инфекционного фактора в развитии простатита, то несмотря на его существенность, он редко бывает первичным, а осложняет уже имеющиеся асептические морфофункциональные изменения. В связи с этим употребление традиционного термина «возбудитель» по отношению к микроорганизмам, участвующим в этиопатогенезе воспаления предстательной железы, в принципе неверно, поскольку ограничивает выработку адекватно полноценной терапевтической концепции при простатите.

Видимо, в этом случае правильнее вернуться к более широкому термину «микроорганизм», соответственно заменив в его характеристике обозначение: «вызывающий простатит» на «участвующий в патогенезе».

В развитии неинфекционного, или асептического, простатита играют роль различные иммунологические, гормональные и вегетативные нарушения (И. Ф. Юнда, 1987; Л. П. Имшинецкая, 1987), а также несоблюдение нормального сексуального режима. Сочетание нескольких иницирующих факторов нередко затрудняет в определенной степени анализ причин возникновения простатита, который в связи с этим

следует рассматривать как полиэтиологическое заболевание.

В основе патогенетической инициации простатита лежит нарушение кровообращения и затруднение дренирования простатических ацинусов. Возникающее увеличение объема железы усугубляет стаз в микроциркуляторном русле, что также способствует появлению отека, экссудации и миграции форменных элементов через сосудистую стенку. Это влечет за собой местное усиление гемокоагуляции, возникновение микротромбозов и увеличение артериального сопротивления току крови.

Такой порочный круг поддерживает локальные обменные нарушения и обуславливает расстройства дренажной, инкреторной, барьерной и динамической функций предстательной железы. При этом возникают явления токсической и склеротической дегенерации простатического эпителия и снижения местной тканевой сопротивляемости, что повышает чувствительность простаты к суперинфицированию аутогенной и чужеродной сапрофитирующей микрофлорой (С. Х. Аль-Шукри и соавт., 1996).

Возникающие обменные нарушения приводят также к уменьшению сперматоэнергетического потенциала простатического секрета, что наряду с инфицированием семенных пузырьков снижает спермальную активность, вызывает контаминацию микрофлоры на спермиях и ускорение акросомальной реакции. Все это приводит к появлению репродуктивных нарушений (П. Г. Морозов, 1990; Г. И. Мавров, 1995).

Перечисленные процессы также затрудняют проникновение лекарственных препаратов в предстательную железу, чему в немалой степени способствует прогрессирующее склерозирование ее паренхимы.

Все это усложняет реализацию экзо- и эндогенных антибактериальных воздействий на имеющуюся

микрофлору, патогенетическая роль которой в этом случае существенно возрастает.

Уретровенозные, уретропростатические и уретровезикулосеминальные рефлюксы

Описанный Б. С. Гехманом (1967) уретровенозный рефлюкс является важной морфофункциональной особенностью уретры, обуславливающей как возможности развития осложнений при инструментальных манипуляциях, так и предпосылки для проведения эндоуретральной инстилляционной терапии.

Уретральные рефлюксы представляют собой обратный ток мочи в момент мочеиспускания, возникающий вследствие повышения внутриуретрального давления и расширения путей, соединяющих уретру с соседними образованиями. Соответственно этому различаются уретрально-мочепузырный, уретрально-простатический и уретрально-венозный рефлюксы.

Уретральные рефлюксы могут также возникать при введении различных инструментов и растворов с диагностическими и лечебными целями.

Растяжение стенок уретры, связанное с введением в нее инструментов или значительных объемов жидкости, обычно приводит к повреждению ее капилляров, которое проявляется уретроррагией.

Уретровенозный рефлюкс вызывается как повышением внутриуретрального давления, так и патологическими особенностями эпителиального и подслизистого слоев уретры (повышенной проницаемостью

клеточных мембран и хрупкостью склерозированных тканей и сосудистых стенок).

Таким образом, уретровенозный рефлюкс является результатом перенесенных уретритов различного генеза, травматических повреждений и имеющихся рубцовых сужений.

Одно из следствий уретровенозного рефлюкса — проникновение инфекции в уретральные венозные сплетения, в губчатое тело уретры, а также в поверхностные циркулярные вены полового члена, его кавернозные тела, их глубокие вены и в *v. dorsalis penis*, заканчивающееся возникновением приступа так называемой «уретральной лихорадки», иногда переходящей в более серьезные воспалительные осложнения.

Рефлюксы обуславливают постоянно существующую возможность проникновения инфекции из задней уретры в семявыбрасывающие протоки и далее в семенные пути, а также инфицирование простаты флорой, находящейся в уретре.

Одним из следствий уретропростатического рефлюкса является возникновение простатических конкрементов (Б. Н. Хольцов, 1927), хотя данная причина камнеобразования в предстательной железе не единственная.

Таким образом, особенностями уретральных рефлюксов является их периодичность и связь с повышением внутрипростатического давления.

Особый вид уретрально-мочепузырного рефлюкса — ретроградная эякуляция, связанная с атонией шейки мочевого пузыря и нередко наступающая у пациентов, перенесших аденомэктомию.

Одной из причин уретрально-мочепузырной эякуляторной регургитации, возникающей у аденомэктомированных больных, служит послеоперационная

дилатация простатического отдела уретры — «ложа» удаленной аденомы.

Возникающий при этом асперматизм обычно заставляет пациентов обращаться к врачу, хотя, как правило, в пожилом возрасте и не является существенным недостатком интимного супружеского общения. В тех же редких случаях, когда мужская фертильность становится важной проблемой, можно попытаться решить ее использованием для искусственного оплодотворения центрифугированного осадка посткоитальной мочи, содержащей сперматозоиды, или, что целесообразнее, использовать содержащиеся в моче спермии для интрацитоплазматической спермиальной инъекции — одной из наиболее надежных современных методик искусственного зачатия (ICSI).

По-видимому, могут также иметь место уретрально-везикулосеминальные рефлюксы, следствием которых, помимо инфицирования, может стать образование конкрементов в семявыбрасывающих протоках (В. С. Карпенко, 1980). Однако в монографии Б. С. Гехмана (1974), иллюстрированной большим количеством убедительных уретрограмм, рентгенологического подтверждения этому не встретилось.

Тем не менее не подлежит сомнению, что ретроградное инфицирование семявыносящих путей является одним из существенных этиологических факторов мужской фертильности.

Существование уретропростатических рефлюксов играет определенную роль как в патогенезе заболеваний предстательной железы, так и при их лечении и в то же время создает возможность проникновения в окружающие ткани и венозную систему различных диагностических и терапевтических медикаментов с получением соответствующих результатов.

Б. С. Гехман указывает на опасность жировой эмболии, связанную с употреблением масляных кон-

трастных веществ. Это же можно сказать и об эндоуретральном использовании лекарственных масляных композиций, инстилляцию которых при необходимости следует проводить без повышения внутриуретрального давления, т. е. в объемах, не превышающих 2—3 мл.

Применение антибактериальных, противовоспалительных, фибринолитических и иных водорастворимых препаратов, особенно в сочетании с димексидом, позволяет использовать уретральные рефлюксы как факторы, облегчающие проникновение повышенных концентраций лекарственных веществ при заболеваниях уретры, полового члена и предстательной железы.

Патогенез хронического простатита

Простатит, подобно пиелонефриту, в значительной мере является собирательным понятием, включающим в себя неодинаковые по своей активности и распространенности воспалительные реакции, развивающиеся вследствие возникновения и стабилизации в железе разнообразных структурных и функциональных патологических изменений.

Поскольку одного лишь проникновения микрофлоры в простату в большинстве случаев недостаточно для развития в ней воспалительного процесса, способствовать стойкому инфицированию железы могут так называемые предрасполагающие факторы. Эти факторы могут быть общими (нарушения гуморального иммунитета) и местными (нарушение дренажной функции ацинусов, снижение клеточной резистентности, ухудшение эффективности кровообраще-

ния в органах малого таза, нарушение уродинамики нижних мочевых путей).

К предрасполагающим факторам, способствующим развитию нарушений кровообращения в малом тазу, относятся частые половые эксцессы, малоподвижный образ жизни, хронические запоры, токсическое влияние алкоголя и др. (И. С. Фитьо, 1969; Н. В. Синев, 1973; А. И. Акулович, 1982; А. Л. Шабад, Б. У. Джарбусынов, Б. У. Малекенов, 1996 — цит. по Б. Д. Айинде).

Исследования А. И. Акуловича и А. Е. Бударевича (1984), М. И. Каплуна и соавт. (1984) показывают, что венозный стаз в предстательной железе вызывает нарушение трофики и патологические изменения ее паренхимы.

Общее состояние организма также играет важную роль в развитии простатита. Иммунологическая реактивность может быть снижена у больных с выраженными вялотекущими воспалительными процессами любой локализации, в том числе и у больных хроническим простатитом.

Решением III Всесоюзного съезда урологов (1984) использование иммуномодуляторов при хроническом простатите рекомендовано только в соответствии с данными иммунограммы пациента.

Таким образом, в этиопатогенезе хронического простатита можно выделить следующие основные факторы.

1. Возникновение в предстательной железе конгестивных или ретенционных процессов, связанных с неадекватным сексуальным режимом, малоподвижным, главным образом сидячим, образом жизни, сопутствующими заболеваниями (среди них главную роль играют привычные запоры), а также с конституциональными особенностями вегетативного статуса.

2. Развитие в паренхиме простаты альтеративных

изменений, а также снижение местной или общей реактивности, приводящее либо к ослаблению иммунитета, либо, наоборот, к гипериммунизации простатическим антигеном (не исключается и параллельное наличие указанных сдвигов иммунологического статуса). Сюда следует добавить влияние внешних токсических (частое употребление спиртных напитков и острых пищевых приправ) и гигиенических (переохлаждение) факторов.

3. Присоединение (обычно *per continuitatem*) патогенной или активизировавшейся условно-патогенной флоры из задней уретры.

4. Существование на указанной основе первично-хронического воспалительного процесса, протекающего с переменной активностью и приводящего к постепенному развитию склеротических процессов в простате.

В ходе развития хронического простатита в железе появляются участки деструкции с последующей фибротизацией. В зависимости от объема изменений конечным результатом процесса оказываются либо рубцовые изменения, сдавливающие соседние ацинусы и вызывающие застой их содержимого, либо замкнутая (кистообразная) или незамкнутая и сообщающаяся с уретрой (дивертикулярная) полость, в которой обычно скапливается сгустившийся секрет и отторгающийся эпителий, покрывающий ее внутреннюю поверхность.

В обоих случаях указанные морфологические изменения способствуют поддержанию хронического воспалительного процесса в предстательной железе.

Среди большинства болеющих хроническим простатитом бытует мнение, что основной причиной возникновения заболевания является проникновение инфекции в предстательную железу. Это создает впечатление, что единственная задача лечения простати-

та — борьба с инфекцией и в случае ее уничтожения простатит будет излечен.

При этом не принимается во внимание тот факт, что нормальная предстательная железа обладает достаточной естественной сопротивляемостью по отношению к микрофлоре, постоянно присутствующей в мочеиспускательном канале. Более того, первая стадия простатопатии, приводящая впоследствии к простатиту, обычно протекает без участия микрофлоры, которая лишь в последующем, после снижения локального иммунитета, присоединяется к первично асептически протекающему воспалительному процессу.

Уже сам факт существования асептической формы простатопатии, каковой является простатоз, иногда называемый простатодинией, говорит о вторичности инфекционного начала в развитии простатита, хотя в дальнейшем инфекция и становится важным патогенетическим фактором.

Особенности клинического течения хронического простатита, помимо его патоморфологии, определяются также фазовостью (точнее — степенью остроты) имеющегося в железе воспалительного процесса.

Понятие «фазовость» в данном случае не следует понимать как «цикличность», поскольку под действием различных внутренних и внешних факторов степень активности воспалительного процесса может существенно изменяться.

В связи с этим иногда наступают периоды латентного течения заболевания, во время которых даже может нормализоваться количество лейкоцитов в простатическом секрете и уменьшиться выраженность клинических проявлений. Понятно, что латентные фазы простатита не могут рассматриваться как полное выздоровление, поскольку сохраняющиеся морфофункциональные нарушения в простате при

наличии различных провоцирующих факторов способны привести к воспалительному процессу.

В происхождении простатита значительная роль принадлежит различным дисфункциям, нарушающим как процессы микроциркуляции в железе, так и ее адекватное функционирование.

Прежде всего это неупорядоченная половая жизнь, причем в этом случае этиологическим моментом служит не только инфекционный фактор, но и длительное злоупотребление половой активностью. Подтверждением такому представлению служит параллельное увеличение заболеваемости простатитом по мере упрощения сексуального общения в современном обществе. Свобода половых отношений является физиологической противоположностью упорядоченным и не вызывающим сексуальных перегрузок семейным отношениям.

Необходимым условием лечения простатита служит имеющаяся только в браке постоянная возможность удовлетворения возникающего полового возбуждения, т. е. отсутствие длительных фрустраций — еще одного обстоятельства, мешающего лечению, и возможной причины постепенного развития простатита.

Изменения в простате, обуславливающие возникновение простатита, и их возможный этиогенез

Здоровая и нормально функционирующая простата обладает достаточной сопротивляемостью возможному инфицированию. Это происходит благодаря ненарушенному дренированию простатических ацинусов,

которое сочетается с достаточным тонусом выводных протоков. Наличие секреторных и венозных застойных явлений увеличивает объем железы и способствует ее сдавлению капсулой, что ведет к дальнейшему нарушению кровообращения, возникновению воспалительных изменений и снижению местной резистентности.

К числу возможных морфофункциональных изменений в предстательной железе можно отнести следующие:

1. Застойное полнокровие железы вследствие частых половых эксцессов или, наоборот, на почве фрустраций. Стаз капиллярного кровообращения приводит к увеличению объема железы в пределах ее капсулы, к сдавлению альвеолярных ходов и к нарушению оттока секрета.

2. Синдром внутритазового венозного застоя («веностаз простаты», Intrapelvic venous congestion Syndrome — IVCS).

3. Повышенный вследствие преобладания симпатического влияния (или же рефлекторно) тонус гладкой мускулатуры простаты, приводящий к сдавлению альвеолярных протоков.

4. Атония железы без выраженных морфологических изменений в ней.

5. Снижение общего тонуса простаты в сочетании с наличием расширенных альвеол, зиянием простатических ходов и уретропростатическим рефлюксом.

6. Застой содержимого в расширенных простатических альвеолах вследствие закупорки их дистальных отделов пробками сгустившегося секрета. Указанные изменения обнаруживаются в виде так называемой постмассажной деформации, изменении объема и тонуса железы после ее массажа.

7. Очаговые ишемии простаты, возникающие из-за постоянного сдавливания уплотненными каловыми массами при хронических запорах.

8. Инфаркты простаты вследствие тромбозов и эмболий с последующим нагноением и рубцеванием, а также возможным образованием дивертикулов.

9. Кровоизлияния в ткань простаты при разрыве сосудов вследствие травм и застойных явлений с образованием «кровяных кист».

10. Воспалительный отек устьев альвеолярных простатических ходов при заднем уретрите.

11. Воспалительные изменения, выраженные преимущественно в просвете простатических ходов без задержки гнойного отделяемого.

12. Очаговая воспалительная инфильтрация паренхимы.

13. Закупорка или рубцовая облитерация устьев с наличием ретенционных изменений просветов долек железы в результате постоянного или персистирующего нарушения оттока простатического секрета.

14. Последствия перенесенных абсцессов предстательной железы, возникших на почве нарушений оттока секрета, расплавления воспалительных лейкоцитарных инфильтратов и инфарктов железы. Рассматриваемые патологические изменения имеют характер очаговых склеротических зон.

15. Атрофия паренхимы и гладкомышечных элементов с рубцово-склеротической трансформацией железы (постгонорейный склероз простаты).

16. Наличие отдельных или множественных дивертикулов простаты.

17. Калькулез простаты с образованием повреждений и пролежней эпителия альвеол и развитием ретенционных и воспалительных изменений. Помимо этого, камни являются надежной защитой для нахо-

дящейся в них микрофлоры от воздействия на нее антибактериальных лекарственных препаратов.

18. Изменения в железе, характерные для процессов так называемого специфического (туберкулез, актиномикоз и т. д.) происхождения.

Перечисленные патологические изменения могут носить изолированный характер или комбинироваться в разнообразных сочетаниях. Отсюда понятно, что вышеприведенные функционально-морфологические простатопатии в большинстве случаев создают условия для инфицирования простаты, в связи с чем этиопатогенез простатита имеет сложную структуру, отличающуюся своей индивидуальностью.

В связи с этим лечение простатита, помимо антибактериальной терапии, включает меры, по возможности ослабляющие выраженность приведенных изменений, режим, препятствующий их усилению или рецидивированию, и ряд других терапевтических компонентов. Терапевтические программы при простатите у разных больных должны быть индивидуальными и соответствовать наиболее существенным в данный период патологическим изменениям.

Следует еще раз подчеркнуть влияние запоров на развитие постишемических изменений в простате. Наличие плотных каловых масс, непосредственно и длительно прилежащих к простате, приводит к локальным нарушениям кровоснабжения и дренажной функции железы с образованием участков застоя и последующим развитием кистозных и дивертикулярных изменений в ее паренхиме.

А. В. Амосов (1989) при эхолокации с применением ректального датчика определял кисты простаты и проводил их трансперинеальное пунктирование.

Одним из возможных механизмов развития простатита является проникновение инфекции *per continuitatem* из семенных пузырьков, куда она может по-

падать из задней уретры с обратным током мочи при зиянии устьев семявыбрасывающих протоков вследствие заднего уретрита.

Уретрально-простатический мочевой рефлюкс служит одним из факторов образования конкрементов предстательной железы. Возможность уретрально-везикосеминального мочевого рефлюкса также является одной из предпосылок возникновения простатовезикулита.

В. Н. Ткачук и соавт. (1989) полагают, что в процессе своего патогенетического развития простатит проходит три периода:

- в первом преобладают альтеративные изменения, протекающие с выраженной лимфоидной лейкоцитарной инфильтрацией;
- во втором преимущественно происходят пролиферативные процессы с метаплазией макрофагов в фибробласты и активацией их коллагенообразующей функции, в связи с чем начинаются явления склерозирования паренхимы с деформацией ацинусов и нарушением их проходимости;
- третьим периодом является склероз простаты.

Нужно отметить, что склеротические изменения в железе, и даже развитие ее аденомы, естественно, не прекращают течения воспалительного процесса, нередко переходящего и на ткань аденомы, обуславливая развитие так называемого аденомита. Инфицирование аденоматозных узлов способствует увеличению частоты осложнений после операций, предпринимаемых по этому поводу (А. В. Аркатов, 1995).

Б. Д. Айинде (1996) в своих исследованиях выявил трансформацию простатического эпителия от цилиндрических и кубических клеток в округлые по мере прогрессирования заболевания. Указанная трансформация, по мнению автора, может быть связана с со-

путствующим простатиту изменением баланса половых гормонов.

Описанный полиморфизм эпителиальных клеток имеет определенное диагностическое значение и может использоваться для суждения о динамике течения простатита.

В развитии неинфекционного, или асептического, простатита играют роль иммунологические, гормональные и вегетативные нарушения (И. Ф. Юнда, 1987; Л. П. Имшинецкая, 1987), а также несоблюдение нормального сексуального режима. Вероятность возникновения простатита обуславливается также рядом социальных и экологических факторов (Ж. С. Мамбетов, 1998). Сочетание нескольких инициирующих моментов нередко затрудняет анализ причин возникновения простатита, в связи с этим его следует рассматривать как полиэтиологическое заболевание.

Патоморфологическая характеристика хронического простатита

Сложность строения и функции предстательной железы обуславливает многообразие возможных морфофизиологических нарушений, способствующих развитию воспалительных изменений в органе. В связи с этим следует отметить нестабильность патогенеза простатита и связанную с этим нестандартность его клинических проявлений.

Представление о патоморфофизиологических особенностях каждого конкретного случая хронического простатита играет важную роль в разработке адекватной индивидуальной лечебной программы и является

единственной возможностью избежать шаблонности и тем самым сделать ее максимально результативной.

Хроническому простатиту в определенной мере присущи все признаки воспалительного процесса: альтерация, экссудация и пролиферация, способствующие постепенному развитию склеротических изменений в предстательной железе. Эти изменения хорошо заметны при ультрасонографическом исследовании простаты, обуславливая ее неравномерную эхогенность.

При длительном течении заболевания в воспалительный процесс постепенно вовлекаются все участки простаты, начиная от эпителия ацинусов до ее капсулы.

По мере развития воспаления наблюдается перидуктальное и периацинозное инфильтрирование ткани предстательной железы лимфоидными и плазматическими клетками. Инфильтрация сопровождается выраженной десквамацией простатического эпителия. Наблюдается также плоскоклеточная метаплазия эпителия ацинусов и протоков.

Длительное течение воспалительного процесса сопровождается фибротизацией паренхимы и капсулы, а также дилатацией ацинусов вследствие нарушения оттока простатического секрета.

В зависимости от распространенности воспалительного процесса в предстательной железе различаются следующие основные клинико-морфологические стадии простатита: катаральная — начальная стадия, когда в воспалительный процесс вовлекаются только выводные протоки ацинусов; фолликулярная — с распространением процесса на отдельные дольки простаты; интерстициальная, или паренхиматозная, протекающая с вовлечением в воспалительный процесс всех участков и слоев предстательной железы.

В отношении критериев и границ этих стадий еди-

ного мнения в литературе нет. Так, Г. Г. Корик (1975) по результатам цитологического исследования секрета простаты методом люминесцентной микроскопии сформулировал основания дифференциальной диагностики различных форм хронического простатита следующим образом: катаральная форма определяется преимущественным нахождением воспалительно измененных (трансформированных) клеток плоского многослойного эпителия выводных протоков; фолликулярная — воспалительно измененного цилиндрического эпителия и неизмененного плоского многослойного эпителия; паренхиматозная — воспалительно измененных форм плоского многослойного эпителия выводных протоков и цилиндрического эпителия простатических альвеол. Указанный автор выявил три типа изменений цитологической картины: а) наличие большого количества крупных комплексов клеток покровных и верхних слоев промежуточной зоны переходного эпителия в состоянии дистрофии или некробиоза — при воспалении в крупных протоках; б) наряду с изменениями первого типа дистрофия или некробиоз цилиндрических клеток секреторных отделов с явлениями отека и воспалительной инфильтрации при тотальном поражении всей железистой дольки; в) наличие неизмененных клеток промежуточных зон переходного эпителия и измененных цилиндрических клеток, аналогичных второму типу, — при поражении только секреторных отделов простатических долек.

В фазе выраженного фолликулярного воспаления обычно наблюдается периациназная и перидуктальная инфильтрация простаты лимфоидными и плазматическими клетками. Инфильтрация сопровождается выраженной десквамацией простатического эпителия, конгломераты которого нередко обтурируют протоки долек, способствуя скоплению секрета.

При длительном течении процесса обнаруживается плоскоклеточная метаплазия эпителия ацинусов и протоков (А. В. Аркатов, 1995).

И. Ф. Юнда (1987) писал, что термины «катаральный», «фолликулярный» и «паренхиматозный» отражают патологоанатомические изменения, которые при единичном исследовании больного не всегда легко выявить. В связи с этим он предложил следующие определения: поверхностная (катаральная), очаговая (фолликулярная) и диффузная (паренхиматозная) формы простатита. По его определению, они имеют следующую патоморфологическую картину.

Поверхностный простатит — воспалительный процесс в виде мелкоклеточной инфильтрации, ограничивается слизистой оболочкой и подслизистым слоем протока. Просвет фолликула в этом случае несколько расширен и выполнен слушившимся эпителием и перерожденными амилоидными тельцами. Клинически для этой формы характерна некоторая пастозность предстательной железы.

Очаговый простатит характеризуется воспалительной инфильтрацией отдельных долек с их гнойным расплавлением. При наличии в протоках выраженного отека отделяемое может накапливаться в ацинусах и тогда отдельные фолликулы увеличиваются и выступают на поверхность железы в виде эластических очажков.

Диффузный простатит — это форма, при которой гнойно-воспалительная инфильтрация захватывает часть или целую долю железы, а иногда и всю предстательную железу.

Для гистологической картины простатита характерна воспалительная лейкоцитарная инфильтрация паренхимы, преобладание явлений пролиферации, гипертрофия ядер клеток цилиндрического и плоского эпителия, а также наличие дистрофических изме-

нений и вакуолизации в цитоплазме и ядрах, появление гистиоцитов, макрофагов, плазматических клеток и молодых клеточных форм (Н. С. Проскура, В. П. Устинов, 1976).

П. В. Сиповский и В. А. Самсонов (1958, 1964) отмечают, что при остром катаральном простатите воспалительный процесс развивается в железистой ткани с выделением экссудата в просвет выводных протоков и концевых (секреторных) отделов желез простаты, эпителиальные клетки которых подвергаются дистрофическим изменениям. Авторы полагают, что структурные изменения при хроническом простатите могут варьировать в весьма широких пределах, приобретая то диффузно-разлитой, то ограниченный характер с чередованием очагов поражения и неизменной ткани.

Среди клеточных элементов воспалительных инфильтратов отмечаются лимфоидные и плазматические клетки с примесью макрофагов.

Острый фолликулярный простатит характеризуется более отчетливо выраженными альтеративно-экссудативными изменениями. При этой форме в пораженных участках железы отмечаются наличие очагов молодой грануляционной ткани и формирование новых фолликулов.

Паренхиматозный простатит характеризуется распространением воспалительных и пролиферативных изменений за пределы железистых образований предстательной железы.

И. И. Клименко и соавт. (цит. по Айинде Б. Д.) наблюдали 559 больных, при исследовании биоптического материала которых в 89 случаях были обнаружены фиброзные изменения в железе, причем у 36 больных пальпаторное исследование создавало впечатление рака простаты. Они наблюдали также наличие массивных инфильтратов из лимфоидных и плаз-

матических клеток в строме железы, преимущественно вокруг ацинусов и протоков. Указанные изменения чаще носили диффузный характер.

По данным этих авторов, грануломатозный простатит характеризуется наличием участков частичного или полного разрушения ацинусов и протоков и замещением их пролиферирующими светлыми одноядерными и отдельными гигантскими многоядерными клетками.

Н. Г. Богомольный и А. Н. Тетрадов (1984), исследовавшие патологоанатомические изменения при хроническом простатите, сделали выводы, что левая доля предстательной железы поражается чаще правой. По их данным, простата имеет несимметричное строение: в левой доле преобладает железистая ткань с наличием большего количества долек, в связи с чем при хроническом воспалении в ней чаще наблюдается кистозное расширение ацинусов; в правой же доле отмечается преобладание гладкомышечной ткани, поэтому воспалительные изменения здесь имеют характер межальвеолярной лейкоцитарной инфильтрации.

Вследствие того, что средняя доля образована железистой и мышечной тканями в приблизительно равных соотношениях, воспалительные изменения в ней при хроническом простатите локализуются преимущественно между железистыми протоками.

Возникновению простатита предшествует ряд predisпонирующих факторов, среди которых, по мнению Н. Ф. Юнды (1987), Н. А. Лопаткина (1990), Д. В. Кани и соавт. (1980), следует выделить наиболее важные:

- 1) обуславливающие развитие застойных явлений в органах малого таза;
- 2) ослабляющие метаболизм тестостерона и приводящие к андрогенной недостаточности;

- 3) способствующие вегетоневротическим нарушениям в органах малого таза;
- 4) снижающие общие и местные иммунологические реакции.

Инфекция, сопровождающая простатит

Прежде всего, как уже говорилось, необходимо уяснить некорректность привычных формулировок «инфекция, вызывающая простатит», «возбудители простатита», поскольку в подавляющем большинстве случаев микрофлора является не этиологическим, а вторичным патогенетическим фактором, который присоединяется к уже имеющимся абактериальным дисциркуляторным, ретенционным и альтеративным изменениям в предстательной железе. Поэтому, с нашей точки зрения, правильнее говорить об инфекции, сопровождающей простатит, или же осложняющей его абактериальную форму.

Термин «возбудитель», применяемый к микроорганизмам, не возбуждающим, а осложняющим уже имеющиеся морфофункциональные расстройства (простатит, инфекции дыхательных путей, остеомиелиты, тонзиллиты, язвенные поражения органов желудочно-кишечного тракта, различные открытые травматические повреждения), порождает упрощенное понимание этиогенеза ряда патологических состояний, что не способствует полноте и эффективности проводимого лечения.

В отличие от болезней, вызываемых определенными специфическими возбудителями и излечиваемых при их подавлении (чумы, сифилиса, туберкулеза) или после завершения биологического цикла раз-

вития в организме (корь, оспа), многие заболевания, к числу которых можно отнести и простатит, при которых микрофлора является лишь осложняющим фактором, обычно не излечиваются только антибактериальной терапией, какой бы интенсивной она ни была.

Одними из причин недооценки факторов, предшествующих инфицированию простаты, являются их множественность и связанная с этим сложность выявления. Другим поводом к преувеличению роли антибактериальной терапии служит появление большого числа новых антибактериальных препаратов (подчас синонимов уже существующих), вселяющих надежду на исцеление простатита.

В связи с этим, видимо, следует отказаться от привычного термина «возбудитель» применительно к флоре, сопровождающей хронический неспецифический простатит, заменив его более правильным «микроб-спутник». В справедливости этого убеждает известный факт изменения характера микробных ассоциаций при длительном течении воспаления предстательной железы.

Инфекция, встречающаяся при простатите, весьма разнообразна и чаще всего неспецифична, хотя существуют туберкулезный, вирусный, гонорейный и даже сифилитический простатиты, при которых инфекционный фактор, несмотря на несомненную специфичность, также почти всегда не является первичным и исключительным.

В частности, при подтвержденном туберкулезе предстательной железы вторичная неспецифическая микрофлора высевается из ее секрета в 80% случаев (И. С. Камышан и соавт., 1986).

Помимо «классической» кокковой флоры простатит может протекать при наличии хламидиоза, микоплазмоза (уреаплазмоза), гарднереллеза, а также питтомсгаловирусной и герпетической инфекции. При

этом надо различать патогенетически значимую и сопутствующую инфекции.

Определенной специфичностью отличается наличие трихомонадной инфицированности простаты, нередко не ведущей к ее воспалению и в то же время сочетающейся с кокковой флорой. Это нередко препятствует воздействию на нее антибактериальных препаратов, поскольку последние не влияют на фагоцитированные трихомонадами микроорганизмы, часть которых выживает несмотря на фагоцитоз. В подобных случаях требуется одновременное лечение трихомоноза.

Чаще всего при простатите встречаются полимикробные ассоциации, это особенно касается хламидийной и микоплазматической инфекции, которые нередко сочетаются с неспецифической кокковой, что создает определенные диагностические и терапевтические трудности, но в то же время дает основание рассматривать данную особенность как возможный признак симбиотичности указанных микроорганизмов.

Отсюда возникает требующее дальнейшего изучения предположение о возможности использовать для дополнительной терапии уреаплазмоза и хламидиоза антибактериальные средства, не оказывающие непосредственного влияния на эти микроорганизмы, но активные в отношении их симбионтов.

Необходимо также учитывать патогенетическую роль грибов *Candida albicans*, которая чаще всего проявляется при подавлении антимикробными препаратами аутогенной сапрофитирующей флоры, биологически противостоящей грибам.

Пути инфицирования предстательной железы могут быть:

1) гематогенный — наблюдающийся при общих инфекционных заболеваниях, а также из других очагов

распространения инфекции у больных с хроническими тонзиллитами, гайморитами, бронхитами, гнойными заболеваниями кожи, длительно протекающими воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта и пр. (Ц. К. Боржиевский, Н. М. Галун, М. Ю. Фельдман, Ф. З. Низамов с соавт., 1984);

2) лимфогенный — при наличии воспалительных заболеваний в соседних органах — при проктитах, геморрое, анальных трещинах, циститах, везикулитах, куперитах, орхоэпидидимитах и пр. (А. Е. Горлин, 1941; И. Ф. Юнда, 1987; А. И. Акулович, 1984; Я. Л. Дунаевский и соавт., 1984). Общность лимфатической и сосудистой систем прямой кишки и простаты создает предпосылки к взаимовлиянию патологических процессов, сопровождающихся инфекцией;

3) каналикулярный, или восходящий. В. Н. Ткачук и соавт. (1989) отмечают, что на долю этого пути инфицирования приходится около 90% всех случаев возникновения простатита: уриногенный восходящий — у больных хроническими уретритами; нисходящий — при гнойно-воспалительных заболеваниях почек; восходящий каналикулярный — при эпидидимитах, фуникулитах, деферентитах и пр.

Этиопатогенетическая роль инфекции при простатите связана с целым рядом обстоятельств, к которым прежде всего можно отнести первичность или вторичность микрофлоры. Простата, не имеющая морфофункциональных изменений, достаточно хорошо противостоит инфицированию благодаря тканевому иммунитету, антибактериальным качествам простатического секрета, содержащего лизоцим, отсутствию влияния простатических ацинусов и застоя их отделяемого.

Фиксация инфекции является фактором, обусловленным как свойствами микрофлоры — ее инвазивностью, адгезивностью, токсичностью, способностью

возбуждать местные аллергические реакции, так и особенностями контактирующей с микроорганизмами тканевой поверхности — ее однородностью, ненарушенной структурой, проницаемостью, а также реологическими свойствами инфицируемого органа, что характеризуется оттоком секрета простаты.

К факторам, влияющим на присоединение инфекции к имеющимся в простате изменениям, относится также ауто- или ксеногенность флоры. В последнем случае следует принять во внимание отсутствие выработанного иммунитета, облегчающее добавление к патогенезу имеющихся в железе изменений — дополнительного микробного фактора.

Важным обстоятельством, облегчающим инфицирование предстательной железы, является наличие камней, которые повреждают стенки ацинусов, способствуя проникновению инфекции в железу. Камни также значительно снижают эффективность антибактериальной терапии, являясь своеобразным «убежищем» для флоры. В случае калькулеза достигнутое при лечении уменьшение степени инфицированности простаты носит временный характер.

В генезе инфекционного осложнения течения простатита выделяют два рода инфекционных агентов: неспецифическую и специфическую микрофлору.

К неспецифической микрофлоре относятся стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, протей, синегнойная палочка и другие микроорганизмы, наблюдающиеся при ряде инфекционных осложнений.

Специфической флорой обозначаются гонококки, бледная трепонема, трихомонады, хламидии, микобактерии туберкулеза (И. Ф. Юнда, 1987).

Частота выявления различных видов микроорганизмов у больных хроническим простатитом не всеми авторами оценивается одинаково. По мнению Weidner W. et al. (1991); А. В. Люлько и соавт. (1984);

Н. Ф. Юнды (1987) и др., наиболее часто при простатите обнаруживается стафилококк. G. Kazanci и R. Vuuykalpelli считают, что основным этиологическим агентом хронического простатита является *St. aureus*, а P. M. Hanus и L. H. Danciger отдают эту роль *E. coli* (цит. по Б. Д. Айинде, 1996).

Обращается внимание на роль в генезе воспаления простаты возбудителей контагиозных форм уретритов. Сюда относятся гонококки, трихомонады, хламидии и микоплазмы. Благодаря появлению в последние десятилетия эффективных противогонорейных средств частота гонорейного простатита резко сократилась. Так, G. Elste (1966) выявил гонококки у 19% больных хроническим простатитом; Ю. Н. Ковалев (1972) — у 19,8%. По данным Н. С. Ляховицкого (1969); Н. И. Ильина (1967); Ф. З. Назимова и соавт. (1984), у 35–40% больных трихомонадный уретрит осложнялся простатитом. А. А. Кобелев (1971) считает, что у 46,9% больных хронический простатит имеет трихомонадную этиологию. Косвага (1972) обнаружил трихомонады у 15,7% больных уретропростатитом. М. В. Яцуха (1989) при лабораторном исследовании выявил трихомоноз почти у трети больных простатитом. Автор полагает, что трихомонады обладают выраженным простатотропизмом, что дает основание считать именно простату основным местом их обитания у мужчин.

Инвазия трихомонад в простату большей частью не сопровождается клиническими проявлениями, в связи с чем трихомоноз при исследовании нередко случайно выявляется у мужчин, считающих себя здоровыми. Трихомонады могут фагоцитировать другие микроорганизмы, сохраняя их жизнеспособность при проведении направленной против них антибактериальной терапии. В связи с этим при смешанной ин-

фекции лечение должно быть комбинированным (И. И. Ильин, 1996).

Инфицирование трихомонадами семенных пузырьков может проявляться гемоспермией. Трихомонады, находящиеся в простате в латентном состоянии, способны активизироваться при проведении различных физиопроцедур, в частности при дидинамотерапии, и выделяться с простатическим секретом (И.Н.Наталуха, 1990).

Указывается (П. М. Клименко, 1988), что трихомоноз у больных хроническим простатитом может сочетаться с дрожжевыми грибами, гонококком, хламидиями.

Candida albicans — ассоциант нормальной микрофлоры человека, получающий возможность преобладать над другими микробами и проявлять свои патогенные свойства при проведении интенсивной антибактериальной терапии, как правило, не оказывающей на него соответствующего действия. В связи с этим представление об этиологической роли ксеногенного проникновения *candidae albicantis* в развитии и поддержании урогенитальных воспалительных процессов представляется не вполне обоснованным.

Нужно также иметь в виду, что одним из лечебных факторов при кандидозе является постепенное восстановление стабильной сапрофитирующей полимикробной ассоциации, в которой грибок в конце концов занимает свое скромное место и его патогенное воздействие прекращается.

По данным различных авторов, микоплазмы встречаются почти у 40% мужчин, у которых имеется трихомоноз. Помимо этого, трихомоноз в 75% случаев сопровождается неспецифической поливалентной флорой, что усиливает совместное действие урогенитальных трихомонад и бактериальной флоры, вызывая более выраженные патологические изменения,

превосходящие действие каждого из этих компонентов в отдельности. Микоплазмы также считаются одним из ведущих этиологических факторов, вызывающих хронические воспалительные процессы мочевого тракта. К ним относятся *U. urealyticum*, *M. hominis* и *M. genitalium* (И. И. Мавров, 1994). Указанный автор сообщает о том, что микоплазмы обнаруживаются в среднем у каждого пятого пациента с уретритом, простатитом и везикулитом.

Хламидии играют важную роль в формировании мужского бесплодия. Для хламидийных поражений репродуктивного тракта характерен вялотекущий, подчас практически асимптомный воспалительный процесс с патоспермией сложного генеза (Мавров Г.И., 1991). Из 121 обследованного им больного с бесплодием у 91 обнаружены воспалительные процессы хламидийной этиологии в органах мочеполовой системы, причем у 64 больных преимущественно в предстательной железе.

В исследованиях, выполненных в последние годы в нашей клинике (П. Г. Морозов, 1990; Аббас Бассам, 1992), собран значительный материал, подтверждающий роль микоплазм у лиц, страдающих простатитом, в генезе сопровождающей его инфертильности.

Считаются возможными несколько механизмов патологического действия микоплазм на сперматозоиды: во-первых, их гипокинезия вследствие снижения содержания фруктозы и цитрата в секрете простаты и, во-вторых, контаминация микоплазм на поверхности спермиев, что также приводит к утрате ими как подвижности, так и пенетрационной способности. Можно также считать важным фактором, угнетающим сперматогенез, нарушение андрогенной трансформации в простате в связи с ее инфицированностью.

Микоплазмы были выделены у 98% мужчин с бесплодием (А. В. Руденко, 1984); у 82% супружеских

пар с бесплодием (Г. И. Мавров, 1996) и встречались в 17,5 раза чаще у бесплодных мужчин с олигоастеноспермией, нежели у здоровых.

Значительное распространение урогенитального хламидиоза в определенной мере можно объяснить улучшением диагностических возможностей, однако Р. Jounden и соавт. (цит. по Ю. А. Пытелю и И. И. Золотареву, 1985) отмечают, что в период с 1944 по 1955 г. в посевах гноя из простаты преобладали грамположительные кокки (*St. aureus*), а в последующие 10 лет чаще встречалась кишечная палочка. Это могло явиться следствием появления групп антибактериальных препаратов определенной направленности, меняющих структуру и свойства распространенных микробных ассоциаций.

Кстати, в последнее время в патологии простаты *St. aureus*, кажется, вновь взял реванш (Б. Д. Айинде, 1996).

Инфицированность хламидиями широко распространена. В США в 1986 г. выявлено 4,6 млн впервые заразившихся больных.

Комплексное обследование 707 больных с негенококковыми воспалительными заболеваниями мочеполовой системы, проведенное Weidner W. et al. (1991), обнаружило хламидиоз у 364 из них (51,6%).

Хламидийные уретриты, как и уретриты другой этиологии, нередко осложняются эпидидимитами и простатитами, причем хламидии чаще всего являются причиной безуспешности обычного антибактериального лечения простатитов (Ф. А. Клепиков, П. М. Клименко, 1988; И. Н. Наталуха, 1990).

Во многих случаях длительное течение простатита в определенной мере поддерживается герпетической вирусной инфекцией. Трудности определения «причастности» герпетического вируса к воспалению в простате объясняются тем, что вирусная инфекция

нередко сочетается с бактериальной, не конкурируя с ней. Подобные ассоциации вируса и визуально определяемой микрофлоры нередко обуславливают торпидность течения воспалительного процесса в простате.

Особенность герпесвирусной инвазии — возможность ее скрытого и бессимптомного течения. Своеобразным резервуаром, сохраняющим вирус, служат клетки спинальных ганглиев, откуда вирус при наличии провоцирующих обстоятельств периодически генерализуется, поражая чувствительные к нему системы и органы. Одной из причин обострения является снижение сопротивляемости, обусловленное переохлаждением и возникновением простудных респираторных заболеваний, хотя иногда причиной активации герпетического вируса становятся жаркая погода и повышенная ультрафиолетовая инсоляция (В. Д. Вольфовский, В. В. Вольфовский, 1997).

Наиболее часто у мужчин генитальная герпесвирусная инфекция проявляется на крайней плоти, на которой возникают характерные болезненные, слипающиеся между собой высыпания, исчезающие через определенное время, не оставляя рубцов. Можно предположить, что данная периодичность активации вируса может в определенной степени обострять течение имеющегося воспаления предстательной железы.

Обострения вирусной инфекции характеризуются субфебрильной температурой, миалгиями и ухудшением общего состояния пациента.

Следует иметь в виду, что вирусные поражения слизистых оболочек гениталий служат входными воротами для банальной инфекции, а также для возбудителей венерических заболеваний и ВИЧ, что, если учесть пандемичность распространения герпесвирусного инфицирования, представляет собой весьма ак-

туальную эпидемиологическую проблему. Тропизм герпесвируса к иммунокомпетентным клеткам значительно усложняет течение воспалительных процессов.

Что касается участия вирусной инфекции в патогенезе простатита, то это обстоятельство является одной из сложнейших проблем современной андрологии (В. Д. Вольфовский, В. В. Вольфовский, 1997). Сложность заключается как в патогенетическом синергизме вируса генитального герпеса с микробной флорой, так и в свойственной вирусной инфекции цикличности ее активизации (обострения чаще наблюдаются осенью), что создает понятные диагностические и терапевтические трудности.

Кроме того, при достаточной функции иммунной системы вирусная инфекция может протекать достаточно легко либо вообще длительное время не развиваться, оставаясь в клетках спинальных ганглиев.

В латентной фазе герпетической инфекции антивирусная терапия обычно неэффективна, так как большинство специфических препаратов способно проникать в клетки организма лишь в момент их репликации вирусом.

Значение семейной инфицированности генитальным герпетическим вирусом заключается также в его тератогенности и способности вызывать преждевременные роды.

Исследование уретрального отделяемого и простатического секрета на герпесвирусную инфекцию обычно проводится иммунофлюоресцентным методом.

Таким образом, простатит обычно проходит три стадии развития:

1) простатоз — простатопатия, связанная с дискинетическими, ретенционными и иными морфологическими изменениями в железе, протекающими без воспалительной реакции;

2) абактериальный простатит — присоединение к

нашлоописанным морфофункциональным изменением первично-хронической абактериальной воспалительной реакции;

3) инфицированная форма простатита — осложнение абактериального простатита инфекцией.

Естественно, при этом не отвергается возможность развития простатита на основе острого инфекционного воспалительного процесса (например, абсцесса) простаты, хотя острые процессы в предстательной железе чаще имеют вторичный характер.

Мы считаем не вполне логичным обозначение неинфекционной формы простатита термином «простатит», поскольку флексия «оз» обычно указывает на наличие дистрофических и деструктивных процессов невоспалительного генеза, а термины, обозначающие воспалительные, даже абактериальные, неинфекционные состояния, имеют окончание «ит».

Инфицирование может осуществляться либо собственной микрофлорой, сапрофитирующей в нижних мочевых путях (аутогенное инфицирование), для чего требуется наличие предрасполагающих обстоятельств, так как по отношению к этой флоре существует определенный иммунитет; либо чужеродной флорой (гетерогенное или ксеногенное инфицирование), иммунитет к которой, естественно, отсутствует.

Следует также иметь в виду фактор повышения агрессивности как чужеродной, так и собственной флоры при совмещении различных полимикробных ассоциаций.

Флора, постоянно обитающая в открытых полостях (в уретре, влагалище, носу, полости рта и т. д.), обычно не является агрессивной по отношению к своему хозяину, с которым у нее сложились определенные «мирные» взаимоотношения, выражающиеся в достаточности условий существования, наличии определенного тканевого и гуморального иммунитета,

постоянстве состава микробных ассоциаций и концентраций и т. д. Такое равновесие, однако, обычно нестойкое и продолжается до момента ослабления местной или общей сопротивляемости либо до нарушения стабильности ассоциации присоединением новых штаммов, отчего резко возрастает агрессивность как «аборигенной», так и привнесенной флоры и возникают или обостряются существующие воспалительные реакции на месте внедрения (уретрит, вагинит, цервицит), нередко служащие причиной более глубокого распространения инфекции *per continuitatem*.

Как известно, именно в нарушении стабильности аутогенных микробных ассоциаций и в риске повышения агрессивности неспецифической условно-патогенной флоры состоит причина нежелательности смены половых партнеров для женщин, использующих в качестве контрацепции внутриматочные спирали, это же относится и к мужчинам с хроническим простатитом.

Источником микрофлоры, осложняющей течение простатита, чаще всего является задняя уретра, либо сама простата, расширенные альвеолы которой могут содержать симбиотические микробные ассоциации, не проявляющие агрессивности в обычных условиях.

По всей вероятности, источниками инфицирования простаты могут быть и более отдаленные очаги. Некоторые авторы указывают на наличие у 85% лиц, страдающих простатитом, воспаления придаточных пазух носа, тонзиллитов, кариеса, бронхитов и других возможных очагов инфицирования (Berger R. E. et al., 1996). Проникновение этой инфекции в уретру и в простату вполне реально, одним из таких вариантов может быть оральный секс. В этом убеждает упомянутая проблема офтальмохламидиоза — специфического конъюнктивита, вызываемого *Chlamydia*

gastromatis, одним из самых распространенных микроорганизмов, обуславливающих в настоящее время инфицированность урогенитальной сферы.

Как уже говорилось, следует различать аутогенное и гетерогенное (ксеногенное) инфицирование простаты. Первое связано с попаданием в простату (и включением в имеющиеся в ней патологические изменения) собственной, сапрофитирующей в уретре, инфекции, относительно которой существует определенный специфический иммунитет.

Учитывая микробный фактор патогенеза простатита, нужно тем не менее отчетливо представлять, что флора, попадающая в простату, лишь усугубляет уже имеющиеся в ней морфофункциональные изменения. Из этого следует, что любая, даже самая современная и мощная антибактериальная терапия не в состоянии сама по себе полностью излечить простатит, а достигаемое ею улучшение чаще всего является частичным и временным.

Вторым условием результативности терапии является то, что как простатоз, так и абактериальный простатит в первую очередь требуют применения лечебных мероприятий, направленных на устранение морфофункциональных изменений в простате, а не только антибактериальной терапии, хотя она также оправдана для уменьшения степени воспалительной реакции и профилактики дальнейшего инфицирования.

Нелишне еще раз подчеркнуть, что сам по себе факт выделения микрофлоры урогенитального тракта не служит показанием к антибактериальной терапии, поскольку отсутствие сапрофитирующей флоры в дистальном отделе уретры практически невозможно.

Иммунология простатита

Учитывая комплексность патогенеза простатита, в большинстве случаев лечения целесообразно включать в терапевтическую программу иммуномодуляцию. Это, однако, не означает, что необходимо постоянно применять иммуностимуляторы, к назначению которых могут иметься существенные противопоказания.

На практике при лечении хронического простатита в комплексную терапевтическую программу нередко включают препараты, активизирующие иммунные процессы. Следует отметить, что иногда этому не предшествует лабораторное определение иммунного статуса на данной стадии болезни.

Между тем одним из пунктов Решения III Всесоюзного съезда урологов (1984 г.) было предупреждение о необходимости обосновывать направление иммуномодуляции при хроническом простатите иммунологическим статусом пациента в данный момент, поскольку в процессе развития заболевания уровень антипростатических антител может в значительной степени влиять на течение заболевания. Иными словами, стимуляция иммунитета у таких больных способна приводить к ухудшению их состояния.

Особое значение указанные обстоятельства приобретают в тех случаях, когда параллельно с прогрессированием заболевания и вовлечением в воспалительный процесс семенных пузырьков возникают сперматологические отклонения, связанные с появлением антиспермальных антител. Клинически это может выражаться уменьшением степени подвижности спермиев и наличием их агглютинации. Естественно, что в подобных случаях важным компонентом терапевтической программы становятся мероприятия, ос-

дабляющие повышенную иммунологическую реактивность.

Для коррекции иммунодефицита могут использоваться пирогенал (О. Л. Тиктинский, 1984), продиголан (И. И. Дзержинская и соавт., 1984; Г. Г. Селезнев, 1985), левамизол (В. Е. Ромодан и соавт., 1985), а также мирамистин, Т-активин, тималин, тимоген и другие препараты, оказывающие стимулирующее действие на Т-систему иммунитета.

Для стимулирования иммунитета при простатите могут также использоваться аутогемотерапия, стафилококковый анатоксин, метилурацил, экстракт алоэ, ФиБС, стекловидное тело, полибиолин и другие неспецифические иммуностимуляторы.

При продолжительном течении хронического простатита наблюдается повышение аутоиммунных реакций. В этих случаях показано применение иммунодепрессантов. М.И.Каплун и соавт. (1978) рекомендуют метотрексат.

Длительное наличие хронического простатита приводит к увеличению антиспермальных антител, что требует применения средств, подавляющих гуморальный иммунитет (Vespasiani G. and al., 1994).

Известно (В. И. Шаповал, В. Д. Вольфовский, Э. К. Арнольди, 1971; Ю.С.Паращук, 1994), что парали внутривоспалительное введение кортикостероидных гормонов оказывает при простатите иммунодепрессивный и противовоспалительный эффект. Действие глюкокортикоидов при аутоиммунных формах хронического простатита позволяет в определенной степени корригировать копулятивные и репродуктивные осложнения заболевания.

Говоря об иммунологических изменениях, сопровождающих простатическую патологию, нужно отметить, что, согласно данным В. А. Савинова (1989), не выявлено выраженных отклонений от нормы показа-

телей клеточного и гуморального иммунитета у болеющих простатитом и аденомой простаты, а также сочетанием этих заболеваний, по сравнению с контрольной группой здоровых лиц. Вместе с тем, по данным автора, отмечается значительное (почти четырехкратное) снижение у пациентов с простатитом одного из существенных факторов неспецифической защиты — фагоцитоза. Этим объясняется целесообразность использования в комплексном лечении хронического простатита средств и методов, стимулирующих повышение фагоцитарной активности.

Определение специфичности и титра антител в крови и моче к определенным микроорганизмам и простатическому антигену позволяет проверить причастность флоры, полученной при посеве простатического секрета, к этиопатогенезу заболевания. Дифференциальные возможности данной методики связаны с более высоким титром антител к флоре, принимающей участие в более или менее активном патологическом процессе, в сравнении с титром антител к микроорганизмам, лишь сапрофитирующим в мочеиспускательном канале. Как уже сказано, проведенные при хроническом простатите исследования выявили расхождение данных иммунологической и бактериологической идентификации флоры почти в половине случаев.

Исследование сывороточного простатического антигена позволяет обнаруживать аутоиммунные формы простатита, а также дифференцировать хроническое воспаление простаты и опухолевые процессы.

Выявлено также наличие зависимости между показателями гормональных и иммунологических исследований при хроническом простатите (В. П. Чернышов, 1983).

Исследованиями В. А. Савинова (1989) отмечено снижение клеточного иммунитета у пациентов, стра-

дающих хроническим простатитом, в сравнении с контрольной группой здоровых лиц.

Все это позволяет представить многообразие возможных направлений в лечении хронического простатита и подтверждает необходимость разработки индивидуальных терапевтических программ для каждого больного.

Гормональные изменения при простатите

Участие предстательной железы в осуществлении баланса половых гормонов не оставляет сомнений в его нарушении при хроническом простатите. В частности, при длительном течении заболевания снижается андрогентрансформирующая роль простаты, вследствие чего значительно уменьшается содержание дигидротестостерона (А. И. Гладкова, 1987).

Снижение уровня циркулирующего и экскретируемого тестостерона, а также повышение эстрогенной насыщенности при простатите отмечено в исследованиях Л. П. Имшинецкой (1984). Автор отмечает также понижение при простатите уровня адаптационных гормонов, обуславливающее ухудшение иммунологического статуса.

Поскольку степень вовлечения простаты в воспалительный процесс определяется формой простатита: катаральной, при которой поражается эпителий протоков ацинусов железы, фолликулярной, с более распространенным вовлечением фолликулов, обычно находящихся в состоянии застоя секрета, и паренхиматозной, с еще более глубоким поражением паренхимы железистых долек простаты,— выраженность

указанных гормональных изменений связана с характером заболевания.

Классификации простатита

Существует целый ряд классификаций простатита, предложенных как зарубежными, так и отечественными учеными (Волнянский, 1893; А.В.Люлько и соавт., 1990; И. Ф. Юнда, 1978; О. Л. Тиктинский, 1985; Aagaard T. et Madsen P. O., 1991).

А. В. Люлько и Т. Кадыров (1990) выделяют следующие формы простатита.

1. Инфекционный простатит:

а) неспецифический (грамположительная и грамотрицательная флора);

б) специфический (гонококки, хламидии, микоплазмы, трихомонады, грибы, вирусы, микобактерии туберкулеза, бледная спирохета).

2. Неинфекционный простатит (простатоз):

а) гормонально-дистрофический;

б) аллергический (аутоиммунный);

в) вегетососудистый (застойный).

3. Простатит смешанной этиологии.

4. Редкие неклассифицируемые формы простатита: грануломатозный простатит, синдром Рейтера, склероз простаты, калькулезный, эозинофильный, токсический, лучевой, актиномикотический простатиты.

По патоморфологическим изменениям С. А. Волнянский (1893) более столетия тому назад выделил три основные формы простатита, в основном обозначаемые и в настоящее время: катаральную, фолликулярную и паренхиматозную.

И. Ф. Юнда (1981) предложил классификацию, построенную по этиологическому принципу:

1) инфекционный простатит (неспецифический и специфический);

2) неинфекционный простатит, или простатоз (гормонально-дистрофический, аллергический, застойный);

3) простатит смешанной этиологии.

В. И. Шаповал и Ф. А. Клепиков (1969) различают три формы простатита в зависимости от этиологического фактора: бактериальный, застойный и реактивный.

J. Keller (цит. по Б. Д. Айинде) предложил следующую классификацию:

1) острый простатит (катаральный, фолликулярный, паренхиматозный);

2) абсцесс предстательной железы;

3) хронический простатит;

4) конгестивный простатит;

5) невроз простаты (простаторрея, дефекационная простата);

6) туберкулезный простатит;

7) гонорейный простатит;

8) сифилитический простатит.

Уже отмечалось, что практически невозможно повторить все существующие многочисленные классификации простатита. Это, однако, не означает, что нет необходимости анализировать признаки заболевания для уяснения его этиопатогенеза и построения соответствующей терапевтической программы. С этой целью ниже приводятся элементы возможного построения практической клинико-этиопатогенетической классификации простатита.

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 акцинусов.

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:

аутоаллергический,
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:

- катаральный;
- фолликулярный;
- 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.

Разумеется, указанные отличительные признаки классификаций не являются исчерпывающими, можно расширять их и дальше, например классифицировать простатит по известным и не вызывающим сомнения этиологическим факторам («посттравматический», «постгонорейный» и т. д.).

Необходимо также отметить относительную нестабильность индивидуальных клинико-патогенетических особенностей большинства форм простатита, связанную с появлением осложнений, изменением микробных ассоциаций и другими эндо- и экзогенными факторами.

Приведенное многообразие признаков простатита подтверждает необходимость индивидуализировать терапевтические программы и создает возможности для дальнейшего изучения заболевания.

Осложнения простатита и сопутствующие заболевания

Изолированное протекание простатита встречается сравнительно редко, так как в процесс обычно вовлекаются соседние органы — чаще всего семенные пузырьки, задняя уретра, семенной бугорок и бульбоуретральные (куперовы) железы.

Как правило, сопутствующая патология по отношению к простатиту бывает вторичной, за исключением заднего уретрита, который, напротив, часто яв-

ляется одной из причин развития вначале динамических, а затем и органических изменений в простате, к которым впоследствии присоединяется инфекция.

Нередко поражение указанных органов приобретает выраженную индивидуальную симптоматику и требует включения дополнительных лечебных мер в намеченную терапевтическую программу.

Симптомы перечисленных *сателлитов* простатита могут и не проявляться достаточно четко, входя в общую клиническую картину простатита, но иногда они выходят на первый план и даже могут стать основной причиной первичного обращения пациента к врачу.

Так, задний уретрит и сопутствующий ему колликулит могут обнаруживаться длительными ночными эрекциями, возникающими вследствие постоянной афферентной импульсации из воспаленного семенного бугорка, который, как известно, является основной рецепторной зоной оргастических ощущений.

Для колликулита характерны также учащенное мочеиспускание с резами, неприятные ощущения в промежности, гемоспермия и преждевременное семяизвержение.

Длительно протекающий задний уретрит обычно проявляется еще одним симптомом — так называемой атонической простаторреей (нередко неправильно называемой сперматорреей), возникающей вследствие зияния устьев простатических ацинусов. Атония устьев обычно обусловлена возникновением стойких иннервационных нарушений в связи с длительным воспалительным процессом в задней уретре.

Развитие указанных проявлений (а следовательно, и осложнения течения простатита) можно предупредить своевременным лечением хронического заднего уретрита, который, в свою очередь, является следствием острых уретритов различной этиологии. В каче-

стве основных компонентов терапии при заднем уретрите и колликулите наиболее целесообразны антибактериальные препараты широкого спектра действия в сочетании с эндоуретральной терапией в виде инстилляций, а также ограничение (но не полное прекращение) половой активности. Следует также помнить о недопустимости употребления спиртных напитков и острых приправ, способных оказывать раздражающее действие на воспаленную слизистую задней уретры и семенной бугорок. Важным фактором терапевтического режима является несколько увеличенное употребление жидкости, позволяющее уменьшить концентрацию мочи и ее раздражающее действие на воспаленную слизистую уретры и семенного бугорка.

Следующее осложнение простатита — воспаление семенных пузырьков — сперматоцистит, или везикулит, который обычно развивается в результате ретроградного проникновения инфекции из задней уретры через атоничные устья семявыбрасывающих протоков. В связи с этим воспаление семенных пузырьков не всегда является осложнением именно простатита, но может быть и следствием заднего уретрита при интактной простате.

Развитию сперматоцистита способствует длительное половое воздержание, что говорит о нецелесообразности нередко практикуемого запрета половой активности при лечении хронического уретрита.

Симптоматика сперматоцистита выражается в виде болей в промежности и суборганастических болевых ощущениях, сочетаясь с проявлениями простатита. Более специфическими признаками сперматоцистита являются симптомы, обнаруживаемые при пальцевом или ультразвуковом исследовании, а также изменения характера эякулята, в котором наблюдается примесь крови или гноя, нередко заметная визуально.

Терапия хронического сперматоцистита в общем

совпадает с таковой при простатите и может быть дополнена лишь осторожным массажем семенных пузырьков. Существенным дополнением терапевтической программы при сперматоцистите служит эндоретральная инстиляция лекарственных композиций, содержащих антибактериальные и противовоспалительные компоненты.

Что касается острого сперматоцистита, то при эмпиеме семенного пузырька показана промежностная везикулотомия с дренированием, если не наступит спонтанное опорожнение гнойника в уретру, чему иногда может способствовать чрезмерно (чрезмерно ли?) энергичное пальцевое исследование, после чего острота процесса быстро купируется.

Куперит, или воспаление бульбоуретральных желез, — сравнительно редкое осложнение простатита, хотя роль хронического куперита в поддержании заднего уретрита и, следовательно, в генезе простатита доказана (А. Е. Горлин, 1941).

Воспаленные куперовы железы удается пальпировать, ощущая их кончиками большого и указательного пальцев в глубине промежности, в области передней полуокружности анального сфинктера при ректальном исследовании. В норме, а также при хроническом воспалении куперовы железы имеют размеры небольших горошин и сравнительно малоболезненны. Применяя специальные приемы массажа (понятные из описания способа их прощупывания), можно попытаться исследовать их состояние путем оценки количества лейкоцитов в моче, исследованной до и после их массажа.

Более четкую клинику имеет острый куперит, или абсцесс куперовой железы. Ввиду значительной длины ее протоков (около 4 см), находящихся к тому же при абсцессе в состоянии облитерации, спонтанного прорыва гноя в уретру обычно не наблюдается, по-

этому единственным вариантом лечения являются промежностное вскрытие и дренирование гнойника.

Исходом прорыва простатического абсцесса в уретру может быть последующее формирование дивертикула предстательной железы (Ю. А. Пытель, И. И. Золотарев, 1985).

Склероз предстательной железы

Одним из заболеваний простаты, встречающихся в зрелом возрасте, является склероз железы. Развитие соединительной ткани, постепенно замещающей паренхиму, приводит к уменьшению размеров железы и постепенному сдавливанию простатической части уретры, создавая нарастающие затруднения при акте мочеиспускания (В. С. Карпенко и соавт., 1985). Генез склероза предстательной железы в большинстве случаев связан с длительным течением хронического простатита, хотя может быть обусловлен и другими причинами — в частности, гормональной терапией при аденоме простаты и постоянным механическим воздействием на железу при запорах.

Влияние хронического простатита на развитие склероза выражается в постепенной облитерации устьев простатических ацинусов, что приводит к застою секрета, дальнейшему сдавлению паренхимы и нарушению кровообращения в железе, а затем к ее атрофии.

Одной из причин развития склероза может быть уретропростатический мочево́й рефлюкс, приводящий к расширению ее ацинусов с возможным образованием простатических конкрементов. Клинические проявления склероза предстательной железы заключаются в том, что больной испытывает постоянное

затруднение при мочеиспускании, а также болевые ощущения, связанные как со сдавлением нервных окончаний, расположенных в самой железе, так и с нарастающими явлениями инфравезикальной обструкции.

При пальпаторном обследовании склерозировавшая железа обычно уменьшена в размерах и уплотнена, консистенция ее может быть неоднородной из-за наличия участков воспалительной инфильтрации. Одним из достоверных методов диагностики склероза простаты является ультразвуграфическое исследование, позволяющее, помимо размеров и структуры предстательной железы, выявить наличие остаточной мочи, появляющейся при декомпенсации детруюра мочевого пузыря. Форма и растяжимость шейчно-уретрального сегмента могут быть определены рентгенографически при подтягивании катетера Фолея с контрастированным баллончиком.

Лечение развившегося склероза простаты хирургическое, в связи с чем особое значение приобретают своевременная диагностика и профилактика склеротических изменений в простате.

Кисты предстательной железы

С применением ультразвуграфических методов диагностики участилось выявление кист предстательной железы, хотя в среднем они обнаруживаются у 0,2% обследованных. Этиологически кисты могут быть врожденными (первичными), возникшими в результате незаращения мюллеровых ходов, или вторичными, которые развились вследствие рубцовой облитерации концевых отделов простатических ацинусов.

Симптоматика неосложненных кист незначительна (Б. Н. Хольцов, 1927), однако их рост приводит к усугублению застойных изменений в железе. Наличие кист — один из этиологических факторов развития простатита, еще более затрудняющий его лечение. Кисты могут быть причиной образования камней в предстательной железе. Инфицирование кисты способно вызвать абсцесс простаты. Прорыв в уретру нагноившейся кисты приводит к образованию дивертикула простаты. Диагностика кист простаты с применением ультразвукографии несложна, кисты, локализация которых визуализирована, определяются также путем пальцевого ректального исследования. Лечение неосложненных кист предстательной железы не имеет особого значения, хотя в случае их прогрессирующего увеличения можно произвести их промежуточное пунктирование.

Камни предстательной железы

К числу осложнений хронического простатита относятся камни предстательной железы, обнаружение которых сейчас значительно облегчилось в связи с широким распространением ультразвуковой эхоскопии. Образуясь в ацинусах и выводных протоках из сгустившегося секрета и десквамированного эпителия, инкрустированного фосфатами, камни, в свою очередь, становятся причиной дальнейшей ретенции и существенно отягощают клиническое течение простатита. При наличии камней предстательной железы чаще обостряется ее воспаление (И. В. Судариков, 1997) и способствует ее склерозированию и атрофии.

А. А. Померанцев (1959) указывает, что камни про-

статы делятся на истинные, или первичные, образующиеся из амилоидных телец и некротических тканей непосредственно в паренхиме простаты, и более часто встречающиеся ложные, или вторичные, возникающие из кристаллов солей попавших в протоки железы из уретры и постепенно вырастающих в ней.

Соответственно этому камни простаты по химическому составу наиболее часто являются фосфатами или оксалатами кальция в соединении с органическими веществами. Фосфатные камни, как известно, возникают в щелочной среде, которая бывает в результате выделения аммиака при бактериальном расщеплении мочевины ферментом уреазой (С. А. Лейбель и соавт., 1971). Одним из факторов, способствующих образованию конкрементов, является снижение содержания в секрете цитратов, как известно, препятствующих кристаллизации мочевых солей. А. А. Померанцев указывает, что в большинстве случаев даже истинные камни, вызывая атрофию тканей, попадают в простатические ацинусы и в дальнейшем находятся в расширенных полостях железы, сообщающихся с уретрой, откуда могут, как и вторичные камни, иногда выходить в мочеиспускательный канал.

Таким образом, можно выделить следующие основные варианты расположения простатических конкрементов: камни, находящиеся в замкнутых полосках железы и в сообщающихся с уретрой ацинусах или дивертикулах. При этом часть камня, как «верхушка айсберга», может выходить в уретру и обуславливать крепитацию во время диагностического бужирования.

Конкременты, ультрасонографически обнаруживаемые в пределах предстательной железы, могут также локализоваться в проходящих через нее семявыбрасывающих протоках (В. С. Карпенко, 1980), стано-

ваясь, таким образом, одним из факторов, способствующих развитию везикулита.

Для уточнения вопроса о дренированности полости, содержащей конкремент, можно произвести контрастную простатографию, сравнив ее результаты с ультрасонографической картиной и с пальпаторными впечатлениями.

В случае локализации камней простаты в дренированных полостях имеются предпосылки для проведения эндоуретральной инстилляционной терапии литолизирующими веществами (трилоном Б, лимонной кислотой).

Длительное наличие камней в предстательной железе поддерживает ее хроническое воспаление (И. И. Мавров, 1994) как в результате постоянного травмирования и местного нарушения кровообращения, так и вследствие их контаминации микрофлорой, сохраняющейся даже после проведенной антибактериальной терапии. Не исключена также этиологическая роль простатических конкрементов в генезе абсцессов предстательной железы.

Камни в простате могут вызывать болезненные ощущения, усиливающиеся при дефекации, окончании мочеиспускания или оргазме, т.е. при сокращении мускулатуры промежности, а также гемоспермию, которая свидетельствует о сообщении с уретрой простатического ацинуса, содержащего конкремент.

Пальпаторно камни простаты определить трудно, в большинстве случаев этому мешает перифокальная воспалительная инфильтрация и их расположение в парауретральной части альвеол. При наличии множественных простатических конкрементов определяется характерная крепитация при ощупывании железы.

Одной из диагностических возможностей при подозрении на наличие камней простаты является паль-

ценое исследование железы при введенном в уретру буже, позволяющее ощутить камень, располагающийся между исследующим пальцем и инструментом. Данное исследование показано, если нет уверенности в достоверности ультрасонографической диагностики простатических конкрементов.

Следует иметь в виду возможность травмирования тканей простаты при исследовании ее на буже. Впрочем, это может способствовать дренированию содержащей камень замкнутой простатической полости, что в дальнейшем создаст условия для проведения литолиза. Предшествующая пальпации на буже эндоуретральная инстилляция антибиотиков и кортикостероидов позволяет уменьшить выраженность возможных в этом случае осложнений.

Несмотря на некоторые вполне преодолимые сложности, пальпация предстательной железы на уретральном буже представляет собой достаточно простой, объективный и убедительный метод диагностики простатолитиаза и в связи с этим заслуживает внимания и дальнейшего изучения. Известно, что в случае развивающейся доброкачественной гиперплазии простаты простатические конкременты чаще всего располагаются в области хирургической капсулы, т. е. на границе аденомы и оттесняемой ею к периферии простаты.

Камни простаты нередко распознаются рентгенологически, хотя в значительной части случаев их тень накладывается на лонное сочленение и не выявляется. Более часто камни простаты стали диагностироваться при ультрасонографическом исследовании простаты, где они определяются в виде гиперэхогенных образований, имеющих характерную лучистую тень.

Б. Н. Хольцов подразделяет топические разновидности простатолитиаза на вариант, когда конкремент

расположен в глубине дренированного простатического ацинуса, вариант с частичным выходом камня в просвет уретры и вариант, когда он находится в недренированном простатическом фолликуле или паренхиме.

Первые два варианта создают предпосылки к эндоуретральной терапии камней предстательной железы.

Нами совместно с Н. В. Горбачевой исследован *in vitro* на аутопсически собранных камнях простаты литолитический эффект растворов, содержащих динатриевую соль этилендиаминтетрауксусной кислоты (трилон Б). Полученные положительные результаты и имеющиеся литературные данные (С. В. Волков и В. В. Королихин, 1962) позволили с определенным успехом практически использовать этот метод.

К сожалению, лечение калькулезного простатита представляет очень трудную задачу, однако использование эндоуретральной инстилляции литолизирующих веществ при помощи шприцевого наконечника CANAR позволило добиться определенных результатов в виде разрыхления структуры конкрементов и уменьшения их размеров, что создает перспективы для дальнейшей разработки этого метода.

Простатит и бесплодие

Одним из серьезных осложнений простатита может быть нарушение оплодотворяющей способности. Простатогенное снижение фертильности может иметь различные причины и чаще всего связано с контаминацией микрофлоры на спермиях и их ранней акросомной реакцией (П. Г. Морозов, 1990). Наличие сопутствующего простатиту везикулита усложняет па-

тогенетическую основу имеющейся инфертильности в связи с ухудшением подвижности спермиев из-за уменьшения содержания фруктозы и цитрата в простатическом секрете и сдвига его рН в кислую сторону.

Известно, что в предстательной железе осуществляется метаболизм половых гормонов, в связи с чем снижение ее андрогентрансформирующих свойств при воспалении может приводить к угнетению сперматогенеза (Л. С. Масалыгина, 1983; С. Х. Аль-Шукри и соавт., 1998). Определенную роль в нарушении фертильности могут также играть нарушения копулятивной функции, связанные с длительно протекающим воспалительным процессом в предстательной железе.

Сложность лечения нарушений фертильности при простатите состоит в отрицательном воздействии на сперматогенез большинства применяемых в этих случаях антимикробных препаратов. Учитывая это обстоятельство, следует предупреждать пациентов о вероятности таких осложнений в ближайшие три-четыре месяца после окончания антибактериальной терапии.

Таким образом, определенный положительный эффект может давать патогенетическая терапия воспаления. Так, D. Canale and al. (1993) отмечают спермионормализующее действие нового нестероидного противовоспалительного препарата нимезулида при лечении хронического простатита.

Одной из причин спермагглютинации является инфицированность простаты и семенных пузырьков *Escherichia coli* у пациентов с простатитом. При этом спермагглютинация возникает при бактериальной концентрации 10^4 , причем агглютинируется до 3/4 активных спермиев, соединяющихся при этом акросомальными зонами (M.Monga M., 1994).

Нередким вариантом снижения фертильности при простатите может быть развитие инфекционно-токсического бесплодия. П. Г. Морозов показал, что у 80% бесплодных мужчин с контаминацией уреаплазм на сперматозоидах, снижающей их подвижность, был выявлен микоплазматический простатит. Аналогичные выводы сделаны Г. И. Мавровым (1995).

Эндодифференциальное распространение инфекции из предстательной железы может приводить к экскреторному бесплодию в результате обтурации просвета семявыбрасывающих или семявыносящих протоков и к развитию орхоэпидидимита (А. Я. Пытель, 1963).

Влияние хронического простатита на морфофункциональное состояние семенников подтверждено экспериментально (И. Н. Малышкин, 1994; О. В. Люлько и соавт., 1997).

Терапия infertility, обусловленной хроническим простатитом, основывается на анализе ее этиотопогенеза и включает в себя следующие направления:

- нормализация интрапростатических нарушений метаболизма и морфологии, обуславливающих ослабление репродуктивных функций железы и семенников;
- восполнение недостатка необходимых микроэлементов (цинка), витаминов и прочих эупростатотропных факторов;
- нормализация иммунологических нарушений, препятствующих оплодотворению (устранение факторов, затрудняющих разжижение спермы);
- восстановление нарушенной проходимости семявыносящих путей;
 - противовоспалительная терапия;
 - антибактериальная терапия;

- нормализация статуса половых гормонов;
- нейтрализация прочих факторов простатита, угнетающих сперматогенез и оплодотворяющую способность (психоневротические проявления, нарушение потенции и пр.).

Вопрос о роли простатита в генезе невынашиваемости беременности представляется спорным, так как при естественном оплодотворении неполноценные сперматозоиды не достигают яйцеклетки, хотя постоянное наличие генитальной инфекции, в том числе условно-патогенной, в определенной степени активизирует синтез простагландинов в организме беременной женщины, что может способствовать повышению тонуса матки и приводит к преждевременному прерыванию беременности (В. И. Грищенко, Н. А. Щербина, 1997).

Простатит и доброкачественная гиперплазия (аденома) простаты

Вопрос о «переходе» простатита в аденому или рак предстательной железы, или, точнее, о предрасполагающей роли простатита в развитии этих заболеваний, представляется весьма важным, причем как для пациента, так и для длительно курирующего его врача. В настоящее время давний вопрос о возможной взаимосвязи простатита и доброкачественной гиперплазии простаты вновь приобрела актуальность. Такое предположение основано на теории развития аденомы из подвергающихся метаморфозу и гиперплазии эпителиальных клеток, берущих на себя в замещающем порядке андрогенпродуцирующую функцию при возрастном снижении выработки тестосте-

рона в яичках (Bartsch G. and al., 1996). Повышение локальной концентрации андрогенов (в основном — дигидротестостерона) приводит к доброкачественной гиперплазии периуретральных желез, имеющих непосредственное отношение к топогенезу аденомы простаты.

Наличие простатита и фибротизации простатической капсулы считается этиологическим фактором развития доброкачественной гиперплазии простаты, в связи с чем рекомендуется адекватная превентивная терапия (Isaacs J. T., 1994).

Актуальность проблемы обусловлена тем, что многие пациенты уверены в наличии причинной связи между простатитом и последующим возникновением аденомы и нередко отождествляют эти совершенно различные по своему патогенезу заболевания.

Существует мнение (А. В. Люлько, П. С. Серняк, 1984) о наличии причинной связи между длительной инфицированностью простаты и последующим развитием ее аденомы. Параллельно этому также считалось, что простатит, наоборот, даже уменьшает вероятность возникновения аденомы в будущем.

Учитывая несомненность влияния эндокринопатий на генез аденомы предстательной железы, следует признать заслуживающей внимания гипотезу о связи возрастной заместительной андрогенобразующей функции простаты с возникающей в ней же доброкачественной неопластической трансформацией периуретральных желез (Bartsch G. and al., 1996).

Исследованиями Б. Д. Айинде (1996) подтверждена трансформация эпителия простатических ацинусов в зависимости от выраженности воспалительных изменений в железе. Немаловажное значение имеет также то обстоятельство, что наличие простатита, предшествующего аденоме, повышает вероятность

осложнений при ее хирургическом и аппаратном (трансуретральная микроволновая терапия, трансуретральная резекция) лечении (А. В. Аркатов, 1996).

Заслуживает внимания точка зрения О.И.Братчикова (1995), выявившего зависимость характера роста и симптоматики аденомы простаты от состояния фиброзной капсулы железы. Наличие уплотненной оболочки приводит к более интенсивному воздействию опухоли на простатический отдел уретры и зону мочепузырного треугольника, что влечет за собой сдавление интрамуральных отделов мочеточников, усугубление ретенции в верхних мочевых путях и возникновение почечной недостаточности.

Можно предположить, что на состояние простатической капсулы (которое достаточно просто и достоверно устанавливается ультрасонографически) оказывают существенное влияние не только длительность течения воспалительного процесса в железе, но и его глубина и характер, т. е. степень «паренхиматозности» простатита. В связи с этим одной из вероятных возможностей ослабления зависимости развития и течения аденомы от наличия хронического простатита являются систематическое наблюдение за состоянием железы, а также разработка терапевтических методик, направленных на предупреждение и лечение повышенной фибротизации собственной капсулы предстательной железы при ее хроническом воспалении.

Приходится также признать, что своевременное выявление и патогенетическая терапия хронического простатита являются одним из путей уменьшения частоты развития аденомы предстательной железы — заболевания, в значительной степени снижающего качество (а порой и продолжительность) жизни людей пожилого и старческого возраста.

При дальнейшем изучении и подтверждении этой точки зрения может быть поколеблено мнение о меньшей вероятности развития аденомы у лиц, болеющих простатитом. Длительно существующий простатит также несколько увеличивает частоту послеоперационных инфекционных осложнений у пациентов, подвергающихся хирургическому лечению — аденомэктомии простаты, а также является противопоказанием к проведению трансуретральной микроволновой термотерапии из-за возможности развития восходящей инфекции.

По данным О. И. Братчикова хронический простатит встретился у 54,4% (n=507) больных с доброкачественной гиперплазией простаты. Соответственно, более чем у половины оперируемых отмечена активизация урогенитальной инфекции в послеоперационном периоде. М. К. Алчинбаев и А. Ш. Ибраева (1998) выявили воспалительные инфильтраты у 209 из 230 (90,9%) оперированных пациентов. По приведенным ими данным средний объем воспалительных инфильтратов при аденомах составляет около 1/5 величины узлов гиперплазии, что существенно усугубляет клинические проявления заболевания и вероятность послеоперационных осложнений.

Сказанное несколько компенсируется меньшей вероятностью запоздалого обнаружения аденомы и рака простаты у лиц, находящихся под врачебным наблюдением по поводу хронического простатита, однако лишь при условии регулярного ректального пальцевого исследования простаты.

Определенную помощь в диагностике доброкачественной гиперплазии предстательной железы может оказать субъективный тест I-PSS (Prostata Syndroms System).

Тест I-PSS при доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Частота проявления симптомов за последний месяц	Не бывает	Не чаще 1 раза в неделю	Меньше, чем в половине случаев	Примерно в половине случаев	Больше чем в половине случаев	Почти всегда	
1. Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	0	1	2	3	4	5	
2. Желание мочиться чаще, чем через каждые два часа	0	1	2	3	4	5	
3. Прерывистое мочеиспускание	0	1	2	3	4	5	
4. Неотложные позывы к мочеиспусканию	0	1	2	3	4	5	
5. Мочеиспускание вялой струей	0	1	2	3	4	5	
6. Затруднения в начале мочеиспускания	0	1	2	3	4	5	
Ночное мочеиспускание	Нет; 0	1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	5 и более раз	
	0	1	2	3	4	5	
Суммарный балл I-PSS S =							
Качество жизни, оцениваемое самим пациентом							
Как вы оцениваете качество жизни	Отличное	Хорошее	Удовлетворительное	Трудно сказать	Плохое	Очень плохое	Ужасное
	0	1	2	3	4	5	6
Индекс оценки качества жизни L =							

Выраженность симптомов оценивается по сумме баллов (S + L) : легкая степень — не более 7; средняя

— от 8 до 19; серьезная — от 20 до 35; тяжелая — свыше 35.

Можно указать также на определенную взаимосвязь длительно протекающего простатита и развития склероза простаты — заболевания, которое нередко приводит к нарушению мочеиспускания и в ряде случаев также требует хирургического лечения.

Остается добавить, что обозначение в диагнозе осложнений, сопутствующих простатиту, не только способствует более успешному его лечению, но и существенно повышает рейтинг врача.

Рак простаты и простатит

Уплотнения, пальпаторно определяемые в паренхиме простаты, требуют дифференцирования их генеза. Опухолевые инфильтраты, в отличие от воспалительных, обладают значительно большей плотностью и имеют более отчетливые границы в связи с отсутствием у них перифокальной зоны.

В сомнительных случаях показано проведение биопсии, а также определение уровня кислой и щелочной фосфатаз и титра простатоспецифического антигена.

Н. С. Проскура и В. П. Устинов (1976), проводившие цитологическое обследование 208 больных с заболеваниями простаты, в том числе 90 пациентов, страдавших простатитом, указывают, что при хроническом течении этого заболевания преобладают явления пролиферации, клетки ацинусов усиленно размножаются, возникают молодые клеточные формы, ядра клеток цилиндрического и плоского эпителия гипертрофируются, появляются гистиоциты, макрофа-

ги, плазматические и тучные клетки. При этом отмечаются также явления дискариоза в клетках цилиндрического эпителия, что затрудняет дифференциальную диагностику между воспалительным процессом в железе и началом ее малигнизации.

Учитывая роль андрогенов в развитии рака простаты, а также среднестатистическую гипоандрогению у лиц, длительно болеющих простатитом, можно считать, что возникновение у них карциномы предстательной железы менее вероятно. Кроме того, как указано выше, пациент, находящийся под постоянным наблюдением, имеет меньше шансов оказаться страдающим запущенной формой рака предстательной железы.

Симптоматика хронического простатита

Особенности строения, иннервации и топографии простаты определяют характер симптоматики ее патологических состояний; большинство из них сопровождается обструктивными и ирритативными проявлениями, которые обозначаются в современной литературе, как простатизм. В связи с этим полное отождествление терминов «простатит» и «простатизм» неверно и может приводить к неоправданным рекомендациям использовать при простатите некоторые лекарственные препараты и терапевтические методики, предназначенные для лечения доброкачественной гиперплазии (аденомы) и рака предстательной железы.

Проявления простатита можно разделить на три основных синдрома:

- болевой, дизурический и сексуальный.

Боли при хроническом простатите чаще всего ощущаются в нижней части живота, гениталиях, промежности, крестце. Такая локализация обусловлена как иррадиацией исходящих из простаты болевых ощущений вследствие наличия соматических и вегетативных нервных связей, так и непосредственным вовлечением в патологический процесс семенных пузырьков и куперовых желез.

Интенсивность болей при этом может быть различной, от едва заметных ощущений, характеризующихся как дискомфорт, до выраженных проявлений, подчас нарушающих сон. Боли обнаруживают зависимость от характера половой деятельности, нередко они связаны с воздержанием или, наоборот, с чрезмерно повышенной сексуальной активностью. Болевые ощущения могут усиливаться или ослабевать после разрядки, более или менее интенсивно ощущаться непосредственно при семяизвержении. Сюда же можно отнести оргастические рези в промежности, связанные с раздражением воспаленной слизистой оболочки задней уретры.

Необходимо помнить, что боли в крестце и пояснице могут и не иметь связи с простатой, а быть обусловленными, к примеру, остеохондрозом позвоночника. Особенно сложно положение врача, если экстрапростатические болевые ощущения сочетаются с изменениями в секрете простаты, т. е. проявляются параллельно с простатитом, так как эффективность лечения, и без того не всегда достаточная, в этом случае чаще пациентом вообще не признается.

Дифференцировать происхождение болей в этих случаях помогает анализ их зависимости от пальпации железы, оргазма, а также от движений в соответствующих отделах позвоночника. Дополнительно к

этому можно учесть действие парапростатической блокады, имеющей в данном случае дифференциально-диагностическое значение.

Наиболее характерно при простатите ощущение болей в мошонке и промежности с распространением на паховые области. Уже сам жест, которым больной обычно указывает на локализацию болевых ощущений, очень характерен и является почти достаточным для постановки диагноза хронического простатита.

Иррадиация болей может распространяться также в область внутренней поверхности бедер, крестец и даже поясницу, что нередко ставит перед врачом задачу исключения остеохондроза и поясничных миалгий как причины таких болей. Следует отметить, что иррадиация болей в заднюю часть бедер для простатита не свойственна. Боли нередко бывают несимметричными, что связано с преимущественным проявлением воспаления (или застоя) в соответствующей половине простаты (И. Ф. Юнда, 1987).

В. А. Гринчук (1980) разделил болевые синдромы при простатите по локализации на генитальный, экстрагенитальный и смешанный. Генитальный болевой синдром характеризуется тупыми болями над лобком, в промежности, яичках, уретре, он обычно сопровождается изменениями характера мочеиспускания, что связано с раздражением рецепторного аппарата простаты и задней уретры или с застойными явлениями в железе.

Причиной экстрагенитального болевого синдрома, проявляющегося болями в животе, прямой кишке, заднем проходе, крестце, пояснице, В. А. Гринчук считает вовлечение в патологический процесс смежных с гениталиями органов и тканевых структур (прямой кишки, нервных окончаний крестцового сплетения и т. д.) или же возникновение в топографически отда-

ленных областях зависимости по типу висцеросенсорных рефлексов.

Смешанная форма, по данным В. А. Гринчука, представляет собой сочетание генитального и экстрагенитального синдромов. Для хронического катарального простатита наиболее характерен генитальный болевой синдром. Для фолликулярного простатита и везикулопростатита — экстрагенитальный, а для хронического паренхиматозного простатита — смешанный.

Дизурические расстройства при простатите обычно проявляются в виде учащенного мочеиспускания, императивных позывов и чувства неполного опорожнения мочевого пузыря. Такая симптоматика обусловлена участием в воспалительном процессе задней уретры и шейки мочевого пузыря — образований, составляющих треугольник Льево, основную рефлексогенную зону, обеспечивающую мочеиспускание.

Указанный механизм, по мнению Б. С. Гехмана (1963) и О. В. Проскуры (1970), является следствием повышения давления на шейку и сфинктер мочевого пузыря увеличенной предстательной железы. О. Л. Тиктинский (1984) также объясняет дизурию при хроническом простатите сопутствующим воспалением шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.

В. Н. Ткачук, А. Г. Горбачев и Л. И. Агулянский (1989) относят причины дизурии при хроническом простатите к гемодинамическим нарушениям (венозный стаз в сосудах шейки и мочепузырного треугольника), особенно выраженным в начальной стадии развития болезни.

Микционные нарушения у больных со склерозом предстательной железы объясняются также распространением рубцового процесса на шейку мочевого

пузыря и мочеиспускательный канал (В. С. Карпенко, А. М. Романенко, 1980; З. Х. Гогичаев, 1984; А. С. Переверзев, А. Л. Гринько, 1984).

Чаще всего дизурические нарушения отмечаются у больных хроническим простатитом в начале заболевания в виде учащения, а затем и некоторого затруднения мочеиспускания. В дальнейшем эти расстройства несколько ослабевают благодаря развитию адаптационных механизмов. В более поздней фазе начинает преобладать затрудненное мочеиспускание, связанное с развитием дизэктатических процессов в шейке и простатическом отделе уретры (Ткачук В. Н., Горбачев А. Г. и Агулянский Л. И., 1989).

В определенной степени дизурические расстройства при простатите могут быть психогенными, вызванными депрессией, а также внушенными, в том числе ятрогенно (В. Д. Тополянский, М. В. Струковская, 1986).

Половые расстройства (диспотенция) при простатите носят разнообразный характер, проявляясь как частыми ночными эрекциями, связанными с наличием сопутствующего колликулита, так и эректильной недостаточностью, в основном обусловленной обратимым функциональным истощением соответствующего центра.

Нередким проявлением сексуальной недостаточности при простатите является ускоренное семяизвержение, связанное с уменьшением порога возбудимости оргастического центра, а также притупление остроты оргастических ощущений, или так называемый «стертый оргазм». Последнее проявление объясняется атонией и зиянием устьев семявыбрасывающих протоков и связанным с этим уменьшением силы истечения струи спермы, раздражающей рецепторы

оргастических ощущений, расположенные на поверхности семенного бугорка.

Сексуальная симптоматика может быть обусловлена болевыми ощущениями, угнетающими либидо, а также быть внушенной. Реже нарушения потенции бывают связаны с наблюдающимися при простатите изменениями баланса андрогенов в виде снижения активности интрапростатической трансформации тестостерона в дигидротестостерон (А. И. Гладкова)

Сексуальные нарушения при простатите обычно имеют определенную фазовость. Так, в начальной фазе развития простатита задний уретрит приводит к постоянному раздражению семенного бугорка, что влечет за собой появление ирритативных, обычно ночных, эрекций. В. С. Ротенберг и В. В. Андрианов (1976); И. Ф. Юнда и Е. И. Карпенко (1980) считают причиной ночного приапизма дискорреляцию корково-подкорковых взаимоотношений в фазе быстрого сна.

В дальнейшем при наступлении инициального истощения функционального эрекционного центра может происходить некоторое ослабление эрекции. Следствием перераздражения центра эрекции может быть также преждевременная эякуляция, а при более значительных гормональных нарушениях возможно снижение либидо (В. Н. Ткачук, А. Г. Горбачев и Л. И. Агулянский, 1989). Снижение либидо может встречаться и на более ранних стадиях болезни, что объясняется отрицательным психогенным влиянием возникающей симптоматики и осознанием больным наличия простатита. Роль психогенных факторов в возникновении сексуальной дисфункции объясняется также наличием болевых ощущений.

Нередкое проявление сексуальных расстройств при простатите — ускоренное семяизвержение, связанное

со снижением порога возбудимости функционального центра эякуляции под влиянием повышенной рефлекторной афферентации из зоны семенного бугорка.

Снижение либидо более характерно для последующих стадий, поскольку при этом сильнее выражена гипоандрогения (И. Ф. Юнда, Л. П. Имшинецкая, 1982).

Появляющиеся оргастические и посторгастические болевые ощущения нередко приводят к уклонению больных от половой активности, что можно характеризовать как фазу воздержания.

Снижение половой функции может также обуславливаться имеющимися вегетативными нарушениями (И.Ф. Юнда, 1987). Одной из важнейших причин диспотенции при простатите является убежденность пациента в том, что она обязательно наступит (Г.Вагнер и Р.Грин, 1985).

В случае исхода хронического простатита в склероз обычно развивается инволютивная диспотенция.

Наличие указанной сексологической симптоматики, а также характер и степень ее проявления находятся в тесной зависимости от половой конституции пациента, т.е. у лиц с сильной конституцией сексуальные нарушения развиваются позже и менее выражены.

Многообразии клинических проявлений простатита, разумеется, не ограничивается тремя перечисленными синдромами. Так, одним из частых проявлений простатита может быть атоническая дефекационная простаторрея (нередко неправильно называемая сперматорреей), обусловленная отсутствием тонуса мышечных жомов устьев семявыбрасывающих протоков.

К перечисленным проявлениям нужно добавить группу психастенических симптомов: быструю физиче-

скую и психическую утомляемость, депрессию и выраженную зависимость общего самочувствия от степени проявления локальных симптомов простатита.

В заключение нужно отметить, что необходимо соблюдать особую тактику, выслушивая и детализируя жалобы пациентов, страдающих простатитом. Большинству больных свойственны депрессия и повышенная внушаемость, поэтому их опрос следует проводить осторожно, помня о возможности ятрогенного расширения имеющейся симптоматики после неосторожно заданных «наводящих» вопросов. В беседах с врачом пациенты обычно интересуются проявлениями заболевания, в результате после соответствующих разъяснений врача существующая симптоматика, как правило, значительно обогащается.

Тест I-PSS при хроническом простатите

Nickel J. C. и Sorensen R. (1996) предлагают для квантифицированной субъективной оценки состояния больных простатитом модификацию международной системы I-PSS (Prostata Syndroms System), используемой при тестировании пациентов с доброкачественной гиперплазией (аденомой) простаты. В указанной работе приводится суммарная количественная характеристика симптоматики хронического простатита, несколько не совпадающей с таковой при доброкачественной гиперплазии простаты, для которой первоначально предназначен тест, но адаптация его содержания к простатиту, на наш взгляд, достаточно удачна. Тест удобен для количественной оценки субъек-

тивных проявлений болезни, что позволяет оценивать эффективность проводимого лечения (см. стр. 90).

Качество жизни

Quality of Life — качество жизни, или полнота жизнеощущения, один из сравнительно недавно вошедших в практику существеннейших субъективных критериев выраженности длительно протекающих патологических процессов, позволяет оценить актуальность и значимость для пациента имеющегося у него хронического воспаления предстательной железы.

Эта оценка играет заметную роль в выраженности депрессивного синдрома, который, как известно, достаточно характерен для хронического простатита.

Здесь уместно еще раз упомянуть о неправильной трактовке термина «хронический» большинством пациентов, считающих его синонимом понятия «неизлечимый». Такое понимание для простатита достаточно близко к истине в связи с известными трудностями в его лечении и отсутствием гарантии полного санирования железы, однако врач всегда должен разъяснить пациенту смысл указанных терминов, поскольку это важно в психотерапевтическом отношении.

«Да разве это жизнь? Какая это жизнь!» — нередко говорят пациенты. Практика показывает, что большинство лиц, страдающих простатитом, тем не менее живет достаточно полноценной жизнью, не отказывая себе в разнообразных удовольствиях, допуская подчас даже сексуальные перегрузки. Качество жизни у пациентов, болеющих простатитом, можно сравнить с таковым у женщин, страдающих хроническим аднекситом.

Субъективная тест-диагностика (I-PSS) простатита

Частота проявления симптомов за последний месяц	Не бывает	Не чаще 1 раза в неделю	Меньше, чем в половине случаев	Примерно в половине случаев	Больше чем в половине случаев	Почти всегда	
1. Рези при мочеиспускании	0	1	2	3	4	5	
2. Чувство дискомфорта над лобком	0	1	2	3	4	5	
3. Болезненный оргазм	0	1	2	3	4	5	
4. Неприятные ощущения в мошонке	0	1	2	3	4	5	
5. То же в крестце или в пояснице	0	1	2	3	4	5	
6. То же в области промежности	0	1	2	3	4	5	
7. То же в области головки члена	0	1	2	3	4	5	
8. Повелительные позывы к мочеиспусканию	0	1	2	3	4	5	
9. Неоднократное ночное мочеиспускание	0	1	2	3	4	5	
10. Задержки при первом утреннем мочеиспускании	0	1	2	3	4	5	
Суммарный балл I-PSS S=							
Качество жизни, оцениваемое самим пациентом							
Как вы оцениваете качество жизни	Отличное	Хорошее	Удовлетворительное	Трудно сказать	Плохое	Очень плохое	Ужасное
	0	1	2	3	4	5	6
Индекс оценки качества жизни L =							

Оценка общего состояния по сумме баллов (S + L): легкая степень — не более 7; средняя — от 8 до 19; серьезная — от 20 до 35; тяжелая — свыше 35.

Надеясь на быстрое излечение и не получив его, разочарованные больные (обычно только начинающие лечиться) шарахаются в другую сторону и полностью прекращают лечение, что, кстати, также свидетельствует о недостаточном качестве жизни у таких пациентов.

Основные симптомы хронического простатита:

- тупые боли или ощущение дискомфорта в нижней части живота, паху и мошонке;
- чувство жжения в промежности и уретре;
- неприятные ощущения при дефекации;
- учащенные и повелительные позывы к мочеиспусканию;
- затрудненное и прерывистое мочеиспускание;
- тянущиеся уретральные выделения при дефекации;
- наличие в моче плавающих нитей;
- длительные ночные эрекции;
- ускоренное семяизвержение;
- стертость оргастических ощущений;
- снижение потенции;
- повышенная общая утомляемость;
- психическая депрессия;
- ожидание дальнейших осложнений заболевания.

Атоническая простаторрея («дефекационная простата»)

Этот симптом, называемый также сперматорреей, представляет собой истечение во время дефекации или после мочеиспускания тягучей слизи из уретры. Менее выраженное выделение может также наблюдаться при длительном физическом напряжении или во время запоров, независимо от дефекации.

Причины простаторреи сложны и заключаются, с одной стороны, в застое простатического секрета в расширенных железистых альвеолах, а также в атонии сфинктеров семявыбрасывающих протоков в результате длительно протекающего заднего уретрита. Это приводит к стертости оргазма вследствие вялого истечения семени из атоничных протоков и недостаточного раздражения струей спермы рецепторов семенного бугорка.

При жалобах на наличие выделений из уретры следует различать истинное уретральное отделяемое от простаторреи. Уретральное отделяемое может быть гнойным и слизистым, представляющим собой результат защитной функции желез слизистой оболочки уретры, предохраняющих при уретритах дезэпителизированные участки слизистой от раздражающего действия мочи.

Уретральные выделения при простаторрее обычно прозрачны, тягучи и выделяются при повышении внутритазового давления: при физическом напряжении, сокращении мышц промежности, а также при дефекации, что дало основание называть эти проявления дефекационной простаторреей.

Причина простаторреи заключается в атонии и изгибании устьев простатических ацинусов или дивертикулов. Микроскопическое исследование отделяемого

в этом случае дает типичную картину элементов простатического секрета.

Другим важным следствием недостаточности сфинктеров *d.d.ejaculatorii* является регургитация мочи в семявыбрасывающие протоки и семенные пузырьки, а также в простату, что может быть причиной патоспермии и инфертильности и, кроме того, образования конкрементов в расширенных простатических альвеолах.

Клиническое значение атонической простаторреи состоит также в том, что она отрицательно воздействует на пациента психологически («теряется сперма»), а также повышает возможность проникновения в железу уретральной микрофлоры через постоянно открытые альвеолярные ходы.

Не следует путать с простаторреей так называемую *urethrorrhea ex libidine* — выделение слизи, которая продуцируется литтревскими железами уретры во время полового возбуждения и представляет собой аналог женской смазки, т.е. совершенно нормальное явление, нередко заставляющее обращаться к врачу особо мнительных пациентов.

Лечение атонической простаторреи имеет целью повысить мышечный тонус железы и сфинктеров устьев семявыбрасывающих протоков, что может достигаться применением (в том числе инстилляционным) антихолинергических средств группы атропина в сочетании с лечебной физкультурой, тонизирующими физиотерапевтическими процедурами и массажем простаты. В последнем случае следует обратить особое внимание на массаж устьев ацинусов, располагающихся в парауретральной части железы, т.е. в области междолевой бороздки. Более интенсивное воздействие может оказать в этом случае так называемый массаж на буже, описанный в соответствующем разделе данного руководства.

При успешном лечении атонической простатореи устраняется недостаточность антирефургитационного механизма, что создает определенные положительные перспективы для дальнейшего комплексного лечения простатовезикулита.

Нередко наблюдающиеся в моче плавающие «уретральные нити», вероятно, являются слепками простатических ходов и, таким образом, могут служить одним из признаков катарального воспалительного процесса. На это указывает увеличение количества нитей в моче, непосредственно полученной после массажа железы. При наличии данного симптома необходимо продолжить соответствующую терапию.

Диагностика простатита

Пожалуй, нет ни одного заболевания, диагноз которого можно достоверно предположить по одному только очень характерному жесту пациента, сразу же указывающего руками на мошонку в ответ на традиционный «докторский» вопрос: что вас беспокоит?

Тем не менее наличие даже столь вероятного диагностического признака еще далеко не определяет предполагаемую терапевтическую программу, которая строится в зависимости от выраженности выявленных этиопатогенетических особенностей каждого клинического случая (термин хороший, но, к сожалению, почти вышедший из употребления).

Лечение простатита всегда индивидуально для каждого больного. Отдельные компоненты комплексной терапии могут быть намечены лишь при достаточно широком и всестороннем исследовании пациента и дальнейшем динамическом наблюдении за состояни-

ем выявленной и отражающей течение болезни (что бывает не всегда) симптоматики.

Если констатация воспалительного процесса в предстательной железе является сравнительно нетрудной, то проблема дифференциальной диагностики различных форм простатита до настоящего времени представляется достаточно сложной. Одна из причин этого состоит в трудности полного и адекватного обследования больных хроническим простатитом.

Как указывает С. Stewart (1988), лишь достаточно дифференцированный диагноз может быть основой более или менее успешно проводимого лечения. Иными словами, только при условии достоверного и развернутого диагноза простатита можно надеяться на достаточно выраженный эффект патогенетической терапии.

Тем не менее первичная диагностика простатита обычно не представляет трудности, поскольку основные проявления заболевания являются типичными. В то же время для выяснения всех данных, необходимых для полноценного лечения патологического процесса, его последствий и осложнений, требуется тщательное обследование больного (И. Ф. Юнда, 1975).

Некоторые авторы (Д. В. Кан, 1980; Е. М. Meares, 1986; В. Н. Ткачук, А. Г. Горбачев, Л. И. Агулянский, 1993) приводят специальные схемы обследования больных хроническим простатитом, включающие: сбор и анализ анамнестических сведений, могущих иметь отношение к этиологии заболевания; осмотр наружных половых органов; ректальное пальцевое исследование предстательной железы и семенных пузырьков; лабораторные исследования (микроскопия отделяемого уретры и секрета предстательной железы, клиническое исследование мочи, трехстаканная проба, цитологическое исследование секрета простаты); урет-

роскопию; рентгенологическое исследование; биопсию предстательной железы при наличии показаний.

Объективная оценка состояния кровообращения в предстательной железе возможна при использовании методики фармакорепростатографии (А. В. Семенов и соавт., 1997), дающей возможность не только изучить состояние артериального звена сосудистого русла простаты, но и судить о выраженности склеротического процесса и делать прогностические выводы.

Проведение цистометрии у больных хроническим простатитом с дизурическими проявлениями позволяет выявить нестабильность детрузора (С. Х. Аль-Шукри и соавт., 1997).

Особое значение в диагностике и лечении простатита имеет длительность заболевания. Это связано с тем, что большая продолжительность болезни может быть причиной и большей выраженности симптоматики (в связи с усугублением патогенетических изменений в органе) и в то же время объяснять снижение выраженности симптоматики вследствие развития адаптационных механизмов и определенной дезактуализации для пациента имеющихся клинических проявлений.

Определение длительности заболевания у большинства больных затрудняется тем, что постепенное развитие симптоматики заболевания заставляет больных обращаться за медицинской помощью лишь при нарастании ранее недостаточно выраженных и не вполне специфичных симптомов или же при явлениях копулятивной дисфункции и бесплодии.

Причины позднего обращения к врачу можно также объяснить недостаточной специфичностью симптомов хронического простатита. По локализации болей простатит часто принимают за дисфункцию ки-

шечника («колит»), патологию позвоночника («остеохондроз») и другие заболевания.

Нередко хронический простатит выявляется при сперматологических исследованиях благодаря наличию дискинезии и повышенного количества лейкоцитов в сперме — показателях, характерных для простатовезикулита.

На длительность наличия простатита указывает также снижение в секрете фруктозы и лимонной кислоты — факторов, инициирующих активность сперматозоидов при семяизвержении.

Из цитологических параметров подтверждением давности заболевания является уменьшенное число лецитиновых зерен и увеличенное количество жирнопереорожденных эпителиальных клеток.

Клиническое течение простатита обычно нестабильно, он порой обостряется, нередко осложняется, иногда временно излечивается, поэтому требуются постоянные наблюдения за пациентом и периодически проводимые диагностические исследования.

Ректальное пальцевое исследование простаты

Несмотря на обилие классических и новейших диагностических критериев простатита, приходится признать, что наиболее ценными и достаточно достоверными при первичном исследовании больных являются данные непосредственного пальцевого ректального исследования простаты.

Уже при наружном осмотре области заднего прохода могут быть выявлены патологические изменения, указывающие на наличие заболеваний как способствующих возникновению хронического проста-

тата, так и нередко симулирующих его симптоматику. К их числу относятся геморроидальные узлы, трещины и воспалительные инфильтраты (Я. Л. Дунаевский, 1984; Ц. К. Боржиевский и соавт., 1984; А. И. Акулович и А. А. Гресь, 1984; Th. Rhodes, 1997).

Ректальное пальцевое исследование при хроническом простатите остается одним из наиболее объективных методов диагностики и в этом качестве не может быть заменено ни одним из практически применяемых в настоящее время диагностических методов, включая ультразвукографические, особенно если последние проводятся без применения ректального датчика. С развитием современных способов диагностики пальцевое исследование не потеряло своего значения (Д. В. Кан, 1984; О. Л. Тиктинский, 1984; Sech S. M. and al., 1997).

При пальпации предстательной железы определяются ее размеры, форма, характер и однородность консистенции, состояние поверхности, выраженность срединной бороздки, четкость границ и степень болезненности.

Структура описанного И. Ф. Юндой (1987) «симптома серпа» связана главным образом с изменением консистенции железы в результате ее атонии. При этом простата у ее границ представляется более уплотненной как вследствие меньшей ретенции периферической части ацинусов, так и в связи с фибротизацией ее капсулы, более заметной по окружности доступного пальпации сегмента железы.

Неизмененные семенные пузырьки у больных простатитом, как правило, не прощупываются. Они становятся доступными бимануальному пальпаторному исследованию лишь при значительно выраженных застойном и параллельно протекающем в них воспалительном процессах.

При воспалении куперовых желез их иногда мож-

но определить при обычном ректальном исследовании, соединив кончики указательного и большого пальцев. Железы, находящиеся сзади и выше бульбозного отдела уретры, имеют вид небольших болезненных горошин (А. Е. Горлин, 1941). В норме куперовы железы не прощупываются.

Как уже говорилось, несмотря на существование достаточного числа объективных (в том числе визуальных) методов исследования простаты, пальпация железы, благодаря непосредственному впечатлению, сохраняет ведущее значение как для первичной диагностики простатита, так и в целях постоянного наблюдения за его течением.

В тех случаях, когда исследование производится впервые, необходимо вначале определить границы, форму и размеры простаты, степень ее плотности, равномерность консистенции, наличие участков инфильтрации, болезненность. При пальпации простаты следует учитывать индивидуальную вариабельность ее размеров, формы и консистенции, в связи с чем первичные параметры имеют лишь относительное диагностическое значение.

Тем не менее при конгестивных формах простатита железа представляется несколько увеличенной, гладкая ее поверхность отличается большей, нежели в норме, мягкостью, пастозностью, «тестоватостью». После массажа такая железа нередко уменьшается в объеме, становится вялой, как бы опавшей. Массаж в таких случаях может сопровождаться истечением более или менее значительного количества секрета. Впрочем, нередко при этом секрет вообще не выделяется, несмотря на наличие заметной остаточной постмассажной деформации железы. Это объясняется ретроградным попаданием секрета в мочевой пузырь при снижении тонуса его шейки и несколько

большем увеличении объема простаты в нижней части.

Консистенция железы зависит, главным образом, от двух факторов: общего объема расширенных альвеол со скопившимся секретом и тонуса гладкой мускулатуры простаты. Дифференцировать обе причины можно по степени изменения формы и консистенции железы после диагностического массажа; опорожнение альвеол делает железу более мягкой, а тонус мускулатуры несколько возрастает. Таким образом, оба рассмотренных состояния простаты служат показаниями к проведению лечебных массажных процедур.

Инфильтрация простаты может носить рубцовый характер, быть воспалительной или раковой. Проведение массажа в последнем случае способно стимулировать метастазирование опухоли. Следует иметь в виду, что инфильтраты при туберкулезном простатите могут имитировать карциному простаты (Saw K. C. and al., 1993).

Наиболее характерным дифференциально-диагностическим отличием раковых инфильтратов от рубцовых и воспалительных является тугоподвижность пальпируемой железы и их краевая локализация. К этому можно добавить значительно большую плотность опухолевых узлов по сравнению с рубцовыми и воспалительными инфильтратами.

При первичном осмотре определяется также степень выстояния долей простаты в просвет прямой кишки. Равномерное увеличение обеих долей с сохранением их однородной консистенции обычно указывает на наличие аденомы предстательной железы, при которой массаж также противопоказан. Воспалительные инфильтраты простаты, напротив, могут явиться преимущественным объектом массажа, хотя и требуют особой техники и одновременного прове-

дения антибактериальной и противовоспалительной терапии.

Проводя ректальное исследование, следует попытаться одновременно определить состояние семенных пузырьков, которые иногда прощупываются у верхних границ долей, так как они также могут быть объектом массажа при выраженных явлениях везикулита. Пальпаторным признаком воспаления семенных пузырьков чаще всего является сама возможность их бимануальной пальпации, поскольку в норме они не определяются.

Состояние куперовых желез можно оценить, ощупав их при ректальном исследовании двумя пальцами между промежностью и передней стенкой прямой кишки. Массаж куперовых желез обычно не производится.

Пальпаторную диагностику простаты и семенных пузырьков следует закончить исследованием прямой кишки, ибо первичное обнаружение ее онкологических заболеваний урологами, как известно, не редкость.

Таким образом, основными признаками простатита, обнаруживаемыми при пальцевом исследовании, являются: изменения размеров и формы железы (в том числе динамика этих признаков в процессе пальпации), характер ее границ, консистенции, в которой оценивается также ее однородность, степень болезненности простаты и иные качества (например, крепитация простатических конкрементов). Наличие постмассажной деформации простаты и изменение ее консистенции достоверно указывают на дивертикулярную форму простатита, даже при отсутствии выделения застоявшегося секрета, который нередко попадает ретроградно в мочевого пузырь.

При катаральной форме простатита железа чаще всего сохраняет нормальные размеры, достаточно чет-

кие границы, гладкую поверхность и однородную эластическую консистенцию.

Фолликулярной форме простатита свойственна неоднородная по консистенции поверхность железы и увеличение отдельных ее участков при сохранении достаточно четких границ, а также проявление постмассажной деформации, свидетельствующей об опорожнении под влиянием массажа ее расширенных и застойных фолликулов.

Паренхиматозная форма простатита характеризуется увеличением размеров простаты, нечеткостью ее границ, бугристостью поверхности, более плотной консистенцией, в том числе связанной с фибротизацией капсулы. Причиной уплотнения капсулы является длительно протекающее паренхиматозное воспаление простаты.

Важный диагностический показатель — количество и качество получаемого при массаже секрета простаты (или «простатического сока», как его чаще называют). Количество выделяющегося секрета отражает степень ретенционных изменений в простате, хотя иногда, несмотря на явное «опорожнение» простаты после пальпаторных воздействий, выделения секрета наружу не происходит. Это, как уже упоминалось, объясняется его ретроградным поступлением в мочевой пузырь при снижении тонуса шейки. Существование такого механизма подтверждается известными случаями вскрытия в мочевой пузырь простатических абсцессов во время их пальпации.

Выделяющийся секрет может иметь видимую глазом примесь гноя или крови. Секрет, выделяющийся в виде сгустков, свидетельствует о наличии дивертикулярной формы простатита, описанной Б. С. Гехманом.

Каждое ректальное исследование простаты, а также каждую массажную процедуру нужно заканчивать

проверкой наличия выделившегося секрета, его качества и объема. Соблюдая это правило, можно получить более полное представление о характере изменений в простате и их динамике под влиянием массажа.

Однако следует помнить, что наличие простатита или иной патологии простаты, в том числе карциномы, не исключается даже при полном отсутствии пальпаторно обнаруживаемых симптомов, в связи с чем никогда не следует ограничиваться только пальпацией предстательной железы, пренебрегая другими методами ее исследования (в частности, ультрасонографическими и лабораторными).

Лабораторные исследования

Проводимые при простатите лабораторные исследования обычно имеют конкретную цель: получить представление о какой-либо частности, касающейся диагноза, особенностях патогенеза, клинического течения или выбора лечебной тактики. Диапазон выполняемых исследований обычно зависит от лабораторных возможностей и выработанного аналитического стереотипа врача, позволяющего оценивать наличие и степень воспалительной реакции, характер микрофлоры.

Уже при анализе результатов обычного клинического исследования мочи, при обнаружении скопленных лейкоцитов, выделяющихся с секретом простаты в мочеиспускательный канал, можно заподозрить наличие простатита. Важное диагностическое значение при простатите имеет трехстаканная проба, в первой и последней порциях которой количество лейкоцитов может быть несколько увеличено. О. Л. Тиктинс-

кий (1969) указывает на ценность исследования мочи, полученной после массажа простаты, или порции, выделяющейся после дефекации.

Можно предположить, что визуально обнаруживаемые в моче плавающие «нити», количество которых непосредственно после массажа значительно увеличивается, могут быть слепками простатических протоков при их катаральном воспалении.

Г. Г. Селезнев, М. И. Коган и С. Н. Панченко (1985) изучали цитологические и цитохимические изменения секрета предстательной железы у больных с различными формами простатита. Они оценивали функциональный статус нейтрофилов секрета по количеству гликогена в последних путем окрашивания их по Шабдашу и подсчета среднего цитохимического показателя.

В. И. Шаповал, Э. К. Арнольди и У. Ш. Суэйдан (1988) в диагностике и оценке течения хронического простатита оценивали состояние фагоцитарно-бактерицидной активности лейкоцитов в секрете предстательной железы, определяя цитохимическим путем содержание в них катионных белков. Расчет среднего коэффициента по формуле Асхальди и Верга в модификации Ухаля привел к выводу, что динамика изменений содержания катионных белков лейкоцитов является показательной и в прогностическом отношении. Уменьшение содержания катионных белков всегда совпадало со стиханием симптоматики острого простатита, являясь предвестником улучшения состояния пациента и снижения выраженности местных воспалительных изменений.

Определенную ценность в лабораторной диагностике простатита имеют иммунологические исследования (С. Х. Аль-Шукри, В. Н. Ткачук, А. Г. Горбачев и др., 1997).

Одним из исследований, позволяющих с опреде-

ленной достоверностью исключить наличие карциномы простаты, является определение уровня простатоспецифического антигена (ПСА) в сыворотке крови. Несмотря на то, что превышение нормального содержания ПСА (4 нг/мл) может наблюдаться при простатите и доброкачественной гиперплазии (аденоме) простаты, повышенный уровень данного маркера чаще всего встречается при раке простаты (В. М. Шелепова и соавт., 1997).

Наиболее распространенные лабораторные исследования при простатите — микроскопия секрета и его бактериологическая диагностика. При оценке результатов микроскопии секрета простаты следует иметь в виду, что изменение содержания лейкоцитов в нем не всегда отражает динамику остроты воспалительного процесса в железе и клинических проявлений заболевания. Так, количество лейкоцитов в секрете после курса массажной терапии закономерно повышается как благодаря улучшению дренирования акцинусов, так и в связи с активизацией пролиферативных процессов в простате, обусловленных улучшением кровообращения в ней.

Нужно отметить, что нередко инициатором повторных лабораторных исследований простатического секрета является сам пациент, отчего количество производимых «анализов» зачастую превышает действительную необходимость. Однако следует помнить, что достаточный объем производимых при простатите исследований не только способствует лучшему пониманию характера конкретных патогенетических особенностей случая, но и в определенной мере повышает авторитет врача в глазах пациента, что является далеко не последним обстоятельством для успешного лечения простатита.

Ниже приводится минимум лабораторных исследе-

дований, имеющих определенную диагностическую ценность при хроническом простатите.

1. Исследование нативного секрета простаты («простатического сока»).

2. Исследование мазка секрета, окрашенного по Гимза — Романовскому.

3. Исследование окрашенного мазка уретрального отделяемого.

4. Спермограмма.

5. Трехстаканная проба мочи.

6. Исследование pH секрета простаты.

7. Исследование (в том числе визуальное) мочи, полученной до и после массажа простаты.

8. Бактериологическое исследование секрета простаты селективным методом (в том числе после предварительной провокации).

9. Инстилляционно-аспирационное селективное определение урогенитальной флоры с помощью шприцев с наконечниками CANAR.

10. Антибиотикограмма.

11. Исследование на хламидиоз и уреаплазмоз.

12. Цитологическое исследование секрета для определения морфологии простатического эпителия.

13. Исследование гормональной насыщенности методом «листа папоротника».

14. Исследование баланса половых гормонов.

15. Иммунологические исследования: а) определение специфического микробного иммунитета, б) определение простатического специфического антигена (PSA).

16. Исследование кислой и щелочной фосфатаз крови.

Бактериологическое исследование

Неправомерность терапевтической концепции, основанной на преимущественно антибактериальном лечении простатита, усугубляется недостаточной достоверностью применяемых на практике методов бактериологической диагностики и определения чувствительности выделенной флоры к антибактериальным препаратам, что объясняется частым высеиванием микроорганизмов, не имеющих в данный момент отношения к простате и сапрофитирующих в передней уретре. Количество ошибок, возможных в этом случае при рутинном определении бактерио- и антибиотикограмм, по данным Айинде Б. Д. (1996), достигает 30%.

Исследование микробной флоры при простатите представляет собой трудную задачу, поскольку практически невозможно утверждать о причастности выделенных микроорганизмов к воспалительному процессу, протекающему в предстательной железе. Примером являются сравнительно нередкие лабораторные заключения о выделении эпидермального стафилококка — микроорганизма, как следует из его наименования, заведомо не причастного к инфицированию простаты из-за своей облигатной аэробности. Видимо, не случайно Е. М. Meares и David L. McCullough в известной монографии «Трудный диагноз в урологии», перечисляя флору, селективно выделяемую при простатите, вообще не упоминают об эпидермальном стафилококке, обнаружение которого при посеве секрета простаты, по нашему мнению, может свидетельствовать лишь о недостаточно тщательно произведенном заборе материала для бактериологического исследования.

М. И. Каплун (1974), исследуя культуры микро-

бов, полученных из передней уретры, мочи, секрета и пунктатов предстательной железы, также убедился, что при обычном посеве простатического сока определить истинную флору, участвующую в патогенезе простатита, достаточно трудно. По его мнению, наиболее достоверными результатами бактериологического исследования можно располагать только при посеве пунктатов простаты. По данным изучения пунктатов частота бактериальных простатитов составила 59,6%.

Сказанное позволяет сделать еще один важный практический вывод: обнаружение роста микрофлоры при посеве секрета простаты, полученного при обычной массажной процедуре, вообще не свидетельствует о наличии инфекционного воспалительного процесса в простате и не может служить достоверным показанием к проведению антибактериальной терапии. Равным образом отсутствие роста в подобных случаях возможно лишь, если нет какой-либо флоры в передней уретре, что практически может быть только на фоне интенсивного применения антибактериальных препаратов.

Более или менее адекватное представление о наличии и характере микрофлоры в предстательной железе можно получить лишь при анализе результатов серии бактериологических исследований уретрального отделяемого, мочи и секрета простаты, взятого как до, так и после мочеиспускания. Проведенное автором совместно с И. Л. Диким сопоставление результатов рутинного бактериологического исследования секрета простаты с определением специфичности и титра антибактериальных антител у тех же пациентов показало несовпадение полученных результатов более чем в половине всех исследованных случаев.

Достоверность определения бактериоспецифических антител (BSA) подтверждается также исследованиями Н. Kumon and al. (1997).

В связи с этим рекомендуется так называемый селективный метод бактериологического исследования секрета (Мак-Каллах — E. M. Meares — Б. Д. Айинде), позволяющий существенно уменьшить процент упомянутых расхождений.

Целесообразен следующий порядок выполнения селективного бактериологического исследования при простатите:

- 1) посев первых 10 мл мочи;
- 2) посев следующей (основной по объему) порции мочи;
- 3) массаж простаты;
- 4) посев выделившегося простатического секрета;
- 5) посев последней порции мочи.

Принадлежность флоры к простате определяется путем логического сопоставления «ассортимента» штаммов, выделенных при посеве указанных материалов. Наиболее вероятно участие в патогенезе простатита флоры, полученной при посеве секрета простаты и последней порции мочи.

Достоверность идентификации микрофлоры, находящейся в простате, можно значительно повысить, а саму процедуру упростить, используя при заборе материала для исследования предлагаемую нами новую методику, основанную на применении наконечника CANAR:

- 1) посев 5 мл физиологического раствора, введенного в уретру и аспирированного из нее с помощью одноразового шприца с наконечником CANAR;
- 2) мочеиспускание до конца;
- 3) массаж простаты;
- 4) повторная инстилляция, аспирация и посев следующих 5 мл физиологического раствора вторым комплектом «шприц — наконечник CANAR».

Существенная особенность этой методики состоит в том, что она избавляет от необходимости непре-

менного посева капли простатического секрета, которую, как известно, не всегда удается получить, а также уменьшает вероятность загрязнения исследуемого материала посторонней флорой благодаря использованию наконечника CANAR.

При микроскопии мазка секрета простаты, окрашенного по Циль-Нильсену, в случае подозрения на ее туберкулезное поражение, следует иметь в виду морфологическое сходство палочки смегмы с микобактерией туберкулеза.

Ультрасонографическая диагностика простатита

Использование ультрасонографической диагностики существенно упростило диагностику заболеваний простаты, в том числе ее воспаления, в частности облегчилось распознавание конкрементов простаты, что имеет значение в выборе лечебной тактики, в том числе при выполнении массажа. Применение ректального излучателя позволяет не только диагностировать морфологическую неоднородность паренхимы, но и выявить изменения, характерные для так называемого синдрома внутритазовой венозной конгестии,— основы дальнейшего развития простатита (В. Н. Лесовой, 1995).

С помощью ультразвукового исследования можно выявлять структурные изменения предстательной железы, закономерные при хроническом простатите. На эхограммах достаточно четко определяются инфилтративно-пролиферативные изменения, гнойные очаги и камни простаты, а также участки повышенной фибротизации. Важным критерием, имеющим перспективное значение, являются рубцовые измене-

ния простатической капсулы, от степени которых в будущем зависит выраженность клинических проявлений доброкачественной гиперплазии простаты (О. И. Братчиков, 1995). Ультразвуковое исследование позволяет также дифференцировать хронический простатит от аденомы и рака простаты, хотя, как указывают G. Barbalias and al. (1997), ультрасонографическое исследование простаты порой не является достаточно достоверной методикой для дифференцирования характера наблюдаемых изменений. Так, обнаружение гиперэхогенных зон не всегда указывает на наличие карциноматозных очагов, но может быть при дисплазиях, обусловленных застоем простатического секрета при нарушении дренированности ацинусов вследствие склероза паренхимы.

К трудностям ультрасонографического исследования предстательной железы можно отнести недостаточную точность определения ее размеров. При хроническом простатите вне обострения внутренняя структура железы не всегда отличается от нормальной.

Камни простаты при ультрасонографическом исследовании выявляются как эхопозитивные образования, дающие характерную лучистую тень. Учет ультрасонографически выявленной локализации простатических конкрементов при выполнении массажа простаты позволяет проводить эту ценную лечебную процедуру, не считая камни простаты абсолютным противопоказанием. В этом случае необходимо личное участие врача в ультразвуковом исследовании.

Рак простаты всегда не имеет абсолютно достоверной ультрасонографической картины и позволяет лишь заподозрить наличие опухоли. Тем не менее использование УЗИ при заболеваниях простаты является ценным компонентом их комплексной диагностики.

Возможности непосредственного ультразвукографического контроля позволяют также производить пункцию кист предстательной железы и другие терапевтические манипуляции.

Следует иметь в виду, что, несмотря на перечисленные достоинства ультразвукографического исследования, оно является лишь составной частью комплексной диагностики простатита и не может служить ни единственной методикой распознавания воспаления предстательной железы, ни достаточно информативной возможностью наблюдения за динамикой его течения.

Рентгенологическая диагностика простатита

Целенаправленная рентгенодиагностика простатита, как правило, практически не используется, однако в литературе (Б. С. Гехман, 1967) описан ряд собственных простатиту признаков, выявляемых при уретропростатографии.

Прежде всего это относится к величине простаты, хотя данный признак индивидуально достаточно вариабелен. Значительно более диагностически значимым является изменение диаметра простатической части уретры, причем одинаково часто может наблюдаться и сужение, обусловленное застойными явлениями в железе, и расширение ее диаметра, связанное с атонией простаты (А. Я. Пытель, Ю. А. Пытель, 1966). Ценным симптомом является складчатость супраколликулярного отдела мочеиспускательного канала, свидетельствующая о наличии заднего уретрита.

Весьма интересны, доказательны и клинически значимы описанные Б. С. Гехманом рентгенологи-

ческие признаки зияния простатических ходов, наблюдаемые в виде своеобразных «махровых» образований при ретроградном введении йодсодержащих контрастирующих препаратов.

Выявление отдельных значительно расширенных простатических ходов позволило автору обозначить своеобразную форму простатита, названную им «дивертикулярной». Несмотря на то, что в литературе эта разновидность простатита распространения не получила, возражать против ее существования трудно, имея в виду убедительно иллюстрирующие ее рентгенограммы, приведенные Б. С. Гехманом в его «Атласе», а также сравнительно не частые, но тем не менее известные каждому урологу случаи неожиданного выделения при массаже простаты (именно простаты, а не семенных пузырьков) больших сгустков желеобразного простатического секрета. При этом конфигурация и тонус железы обычно к концу массажной процедуры претерпевают заметные изменения.

Контрастирующиеся простатические полости, имеющие неправильную форму с «рваными» краями, могут наблюдаться при туберкулезе предстательной железы (И. С. Камышан и др., 1986).

В пользу необходимости признать существование дивертикулярной формы (и одновременно возможность «зияния» простатических ходов) говорит несомненная эффективность использования при ней инстилляционных и иных местных терапевтических процедур.

Указанные особенности служат убедительным основанием к периодическому проведению дренирующих и прочих эндоуретральных лечебных воздействий.

Говоря об этих методах лечения, видимо, в первую очередь следует вспомнить о сравнительно редко практикуемом массаже предстательной железы «на буже», а также о других терапевтических методиках,

воздействующих на заднюю уретру (ректальная физиотерапия).

Все это свидетельствует о ценности применения рентгенодиагностики (ретроградной уретрографии) в случаях хронического простатита, трудно поддающихся лечению.

Перед выполнением уретропростатографии рекомендуется произвести массаж простаты, чтобы опорожнить ее полости от содержимого (С. Д. Голигорский, 1971). Контрастирование уретры и простаты легко выполняется при использовании шприцевого наколнечника CANAR.

Для повышения степени контрастирования простаты контрастную жидкость в уретру нужно вводить при наполненном мочевом пузыре.

Чтобы предупредить возможное раздражающее действие йодсодержащих контрастных веществ на простатический эпителий, рекомендуется добавить к ним суспензию гидрокортизона. Благодаря добавлению к контрастному веществу антибиотика и кортикостероида данная диагностическая процедура может не только оказать профилактическое действие, но и иметь некоторый терапевтический эффект.

Дополнительным рентгенологическим признаком простатита является наличие на снимке единичных или множественных теней камней предстательной железы, хотя чаще всего они плохо различаются на фоне лобковых костей.

Обнаруживаемые в проекции предстательной железы участки повышенной контрастности могут быть обывственными туберкулезными очагами (И. С. Камышан).

Для диагностики склероза простаты Н. К. Терещенко (1984) предложена оригинальная методика контрастирования баллончика, введенного в мочевой пузырь катетером Фолея. Снимок, выполненный одновремен-

но с приложением тракционного усилия примерно 1 кг, позволяет оценить тонус пузырно-уретрального сегмента по конфигурации входящей в него части контрастированного баллончика. Воронкообразное расширение сегмента с углом более 30° свидетельствует об отсутствии выраженного склероза предстательной железы.

Биопсия предстательной железы

Показания к биопсии простаты должны быть ограничены (О. Л. Тиктинский, И. Ф. Новиков, В. В. Михайличенко, 1985) ввиду определенной травматичности данного вида исследования. Биопсия при хроническом простатите используется главным образом при необходимости исключить опухолевую природу инфильтратов простаты.

Биопсия может быть также применена при подозрении на туберкулезное поражение предстательной железы. В этих случаях при исследовании биоптатов, взятых из области длительно существующих дренированных каверн, могут отсутствовать специфические признаки, но определяться резко выраженные склеротические изменения (И. С. Камышан и др., 1986).

Биопсия выполняется с помощью специальной иглы, посредством ректальной (наиболее часто) или промежностной пункции.

Общие принципы лечения хронического простатита

Основной задачей лечения хронического простатита является восстановление морфологических и функциональных параметров предстательной железы. Все авторы сходятся во мнении, что для достижения этой цели лечение больных хроническим простатитом должно быть комплексным, строго индивидуальным и длительным (Н. А. Лопаткин, 1982; О. В. Проскура, 1970; И. Ф. Юнда, 1987; Д. В. Кан, 1984; Ц. К. Боржиевский и соавт., 1984; Н. Ю. Фельдман, 1985; В. Н. Ткачук, А. Г. Горбачев и Л. И. Агулянский, 1989; О. Л. Тиктинский и С. Н. Калинина, 1994; Л. Г. Кругляк, 1997; Vaert L. и Leonard A., 1988 и др.).

Проблема терапии хронического простатита остается весьма трудной до настоящего времени, несмотря на многообразие применяемых методов лечения и лекарственных средств. Это объясняется сложностью органной структуры предстательной железы, многочисленностью этиологических и патогенетических факторов заболевания и трудностью их ликвидации, склонностью простатита к упорному, рецидивирующему течению, а также подчас неоправданными надеждами больных на возможность быстрого и полного излечения.

Особенности анатомического строения простаты, ее мышечно-железистая структура и сложная сосудистая сеть обуславливают трудность проникновения в железу многих медикаментозных препаратов и способствуют сохранению инфекции, вследствие чего воспалительный процесс в простате, как правило, носит вялый и длительный характер.

Патоморфологическая картина хронического воспаления в предстательной железе отличается значи-

тельным индивидуальным полиморфизмом, что подтверждает необоснованность использования шаблонных терапевтических схем.

Гистологические изменения при простатите варьируют в зависимости от давности и распространенности патологического процесса, характера и выраженности ретенционных и рубцовых изменений (Б. Д. Айинде, 1996). Поэтому для выработки адекватной терапевтической программы необходимо в каждом отдельном случае определить не только стадию воспалительного процесса, но и особенности его течения у конкретного больного.

При простатите назначение лекарственных средств «по диагнозу», без учета индивидуальных особенностей заболевания, может не только оказаться неэффективным, но и ухудшить течение заболевания. В частности, это относится к применению иммуномодуляторов без предварительного иммунологического исследования.

Намеченная лечебная программа должна предусматривать определенную последовательность терапевтических воздействий на сравнительно непродолжительный период времени (2–4 недели) и динамически корректироваться в соответствии с изменяющимися клиническими проявлениями. Поэтому шаблонные схемы лечения, составляемые на несколько месяцев вперед, а также воздействия или медикаменты, обещающие пациенту быстрое излечение, в терапии простатита не могут иметь места.

Терапия хронического простатита прежде всего должна быть направлена на устранение поддерживающих простатит основных патогенетических факторов. Как правило, главным условием ликвидации воспалительного процесса является восстановление нарушенной структуры и функции простаты, а также воздействие на один из важнейших (но, к сожалению,

не единственный) этиологический фактор — патогенную флору. Для достижения этой цели используются различные терапевтические методики, включающие применение медикаментов различных групп, а также физические, мануальные и психотерапевтические воздействия.

Как уже говорилось, в настоящее время больные простатитом склонны упрощенно рассматривать этиопатогенез простатита — как следствие инфицирования простаты. Такая точка зрения сводит диагностику и терапевтические воздействия к поиску и применению, главным образом, адекватных и достаточно активных антибактериальных препаратов. Ошибочность такого подхода очевидна, если четко уяснить вторичность микробного компонента, присоединяющегося к уже имеющимся абактериальным морфофункциональным изменениям в железе, которые не только представляют собой начальный этап в патогенезе этого заболевания, но и оказывают существенное влияние на его дальнейшее течение. Поэтому наиболее правильной и результативной может явиться терапевтическая программа, направленная в первую очередь на уменьшение выраженности функционально-морфологических изменений простаты и на повышение местной и общей резистентности. Только в этом случае можно рассчитывать на успех антибактериальной терапии или по крайней мере на более или менее продолжительную ремиссию.

Сказанное иллюстрируется вопросами, которые пациенты нередко задают врачу:

— Доктор, а чем вы лечите простатит?

Или:

— А чем нужно лечить простатит?

На такие вопросы трудно дать ответ, удовлетворяющий пациента.

Соответственно этому в общении с пациентами

следует соблюдать тонкий стилистический нюанс, состоящий в том, что определенные медикаменты и терапевтические методы используются не «для лечения», а «в лечении» простатита.

Кроме того, нужно всегда учитывать существенную смысловую разницу термина «лечить» в истолковании врача и пациента, который чаще всего понимает его как «излечивать». Это позволит предупредить крушение необоснованных надежд больного и уменьшить связанную с этим ответственность врача, заранее настроить пациента на необходимость длительного врачебного наблюдения.

Само собой понятно, что врач, занимающийся проблемой простатита, должен в достаточной степени владеть различными терапевтическими методиками, применяя их при соответствующих показаниях, и не ограничиваться использованием излюбленных или наиболее популярных вариантов лечения.

В связи с этим не имеют смысла и нередко встречающиеся рекламные объявления об «излечении» простатита при помощи «новых методов» или «высоких технологий». Сомневающимся в справедливости сказанного следует перечитать соответствующие разделы учебников урологии или описание хронического простатита, данное А.П.Цулукидзе в 9-м (урологическом) томе Многотомного руководства по хирургии (1959).

Приступая к терапии простатита, следует сразу же предупредить пациента о длительности лечения и сопровождающих его ограничениях, а также о невозможности составить развернутую терапевтическую программу на продолжительный срок.

Существенной особенностью отношений врача и больного, страдающего простатитом, является регулярность наблюдения (так и хочется сказать «диспансеризация»). Имеется в виду, что больной должен

посещать врача по назначению последнего, а не только по собственной инициативе, ибо больной часто довольствуется достигнутым временным улучшением или, что еще хуже, разочаровывается в лечении, не ощущая желательного немедленного терапевтического эффекта.

Намечаемая в результате проведенного исследования или постоянного наблюдения за пациентом лечебная программа должна составляться по принципу конгруэнтности (К. С. Терновой и соавт., 1990), т.е. все ее компоненты должны соответствовать особенностям патогенеза, а также учитывать совместимость и синергизм.

Сложность этиопатогенетической терапии хронического простатита не должна быть для больного поводом к тому, чтобы прекратить лечение, так как трудность достижения полного выздоровления не исключает возможности значительно улучшить качество жизни пациента, находящегося под постоянным врачебным наблюдением.

Патогенетическая терапия простатита

Патогенетическое лечение необходимо при всех формах хронического простатита с учетом местных и общих факторов, участвующих в его возникновении и течении у конкретного больного. Так, помимо воздействия на микрофлору, проводимая патогенетическая терапия должна быть направлена на восстановление микроциркуляции в простате, улучшение оттока секрета из obturированных протоков ацинусов, повышение интенсивности обменных и репаративных

процессов в очаге воспаления, а также на нормализацию местной и общей сопротивляемости.

В литературе имеются рекомендации по улучшению микроциркуляции путем включения в комплекс лечения хронического простатита антикоагулянтных и ферментных препаратов (П. П. Ивдра, 1976; В. М. Борисова-Хроменко и др., 1984; И. Ф. Юнда, 1987 и др.). П. П. Ивдра предложил парентеральное применение протеолитических ферментов (трипсина, химопсина, фибринолизина), вазоактивных препаратов (андекалина, калликреина, ангиотрофина) на фоне внутривенного введения гепарина при упорных вариантах течения хронического простатита.

И. Ф. Юнда рекомендовал также наряду с применением антибактериальной терапии использование компламина — препарата, улучшающего микроциркуляцию. На оптимизацию нарушенного кровообращения в предстательной железе под влиянием данного препарата указывают также В. М. Борисова-Хроменко и соавт. (1984).

В. Н. Ткачук и соавт. (1985), назначая эскузан в сочетании с антигистаминными препаратами при лечении хронического простатита, наблюдали положительные результаты в 80% случаев благодаря присутствию этому препарату антикоагулянтному, венотонизирующему и противовоспалительному действию. Применение в лечении простатита препаратов спазмолитического ряда представляет собой сложную задачу, поскольку необходимо учитывать, что их спазмолитический эффект сказывается в основном на гладкой мускулатуре мочевого пузыря, что несколько ослабляет сопровождающую простатит дизурию, но в то же время благодаря функциональному «антагонизму» гладкой мускулатуры сфинктера и детрузора они же оказывают тонизирующее влияние на простатические мышечные волокна. Поэтому данные препа-

раты, усиливая тонус простатических ацинусов и семявыбрасывающих протоков, могут использоваться для терапии атонической простаторреи, усугубляя одновременно ретенционные изменения в простате.

Следует иметь в виду, что гипертонус простаты относится к одному из важных этиологических факторов инициации болевого синдрома при простатозе и развитии ретенционных изменений альвеол, что может в дальнейшем послужить благоприятным фоном для усугубления инфекционного компонента в этиопатогенезе простатита.

Все эти особенности следует учитывать при использовании спазмолитиков или комбинированных спазмоанальгетиков (баралгина, спазмалгона и т.д.), не прибегая к последним в тех случаях, когда дальнейшее нарушение дренажной функции железы может ухудшить течение простатита.

Получившие в последнее время широкое распространение для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (альфа-адреноблокаторы, уменьшающие тонус гладкой мускулатуры простаты, оказывают положительный эффект при наличии дизурических явлений, обусловленных венозным застоем, в связи с чем они могут в некоторых случаях использоваться для урежения позывов на мочеиспускание при обострениях хронического простатита.

Свойственное препаратам, содержащим 5-альфаредуктазу (группа *Serenoa repens*) или липидостерина (трианол), ингибирование фосфолипазы A2 обуславливает противовоспалительный эффект, в связи с чем их применение (например, пермиксона) при простатите может иметь определенную перспективу.

Одним из необходимых компонентов лечения простатита является увеличение содержания в организме цинка — одного из основных микроэлементов, обеспечивающих тканевый обмен веществ в железе и ее

локальный иммунитет. С этой целью для смазывания ануса при пальпации и массаже простаты целесообразно использовать 10%-ю цинковую мазь.

Сказанное выше иллюстрирует сложность патогенетических обоснований к выработке терапевтической программы лечения простатита. В качестве примера ниже приводится один из использованных на практике комплексов лечебных воздействий при хроническом простатите (см. стр. 255—257).

Массаж предстательной железы

Массаж предстательной железы — одна из наиболее известных лечебных процедур, издавна используемых в лечении хронического простатита. Техника массажа, предложенного Lowenfeld (М. И. Давидов, В. Х. Битеев, 1993), в разное время описывалась Б. Н. Хольцовым (1927), Г. С. Васильченко (1977), Н. А. Лопаткиным (1982) и другими авторами, что подтверждает непреходящую терапевтическую ценность данной процедуры.

Несмотря на появление новейших терапевтических технологий, этот классический метод до сих пор сохраняет свое значение как в диагностике, так и в лечении простатита. Массаж предстательной железы улучшает кровоснабжение и уменьшает венозный застой в ней, улучшает ее трофику и тканевый обмен, повышает местную иммунологическую резистентность и способствует восстановлению и поддержанию дренажной функции конечных отделов простатических ацинусов.

Однако нужно иметь в виду, что, несмотря на частоту и распространенность применения, массаж простаты, выполняемый шаблонно, а также без учета

возможных противопоказаний и осложнений, может представить опасность не только для здоровья, но даже для жизни пациента (имеется в виду его выполнение при раке простаты).

Изучение техники массажа простаты в отличие от всех других видов массажных воздействий, имеет характерную особенность, так как по понятным причинам эту технику нельзя увидеть и соответственно продемонстрировать. Поэтому врачу, желающему хорошо овладеть ею, не остается ничего иного, как, детально ознакомившись с описанием методики, во-первых, почаще производить пальпаторное исследование простаты пациентам и, во-вторых, систематически заниматься массажной практикой, накапливая необходимый опыт.

При овладении навыками массажа простаты (да и в дальнейшем тоже) не следует проводить массаж чересчур энергично, помня о возможной массажной травме и не забывая о том, что массаж в равной мере является также и процедурой, позволяющей врачу путем анализа получаемых пальпаторных данных не только первично оценить состояние железы, но и постоянно следить за динамикой ее изменений в процессе лечения.

Пальпаторно определяемые изменения в простате могут иметь много вариантов, требующих различной техники проведения массажных процедур. Ниже приводятся наиболее часто встречающиеся, дигитально определяемые патологические отклонения в структуре предстательной железы.

1. Простата несколько увеличена в размерах, поверхность ее гладкая, но при надавливании мягче («пастознее») обычной. После массажа такая железа нередко уменьшается в размерах, становится вялой, как бы опавшей. Массаж в таких случаях может сопровождаться выделением более или менее значительно-

го количества застоявшегося секрета, который нередко имеет гноевидный характер или содержит примесь крови.

Если при такой остаточной постмассажной деформации выделения секрета не наблюдается, то следует иметь в виду возможность его ретроградного затекания (регургитации) в мочевой пузырь при атонии шейки последнего и уменьшении объема простаты в случае расположения опорожнившихся застойных альвеол в ее верхнем отделе.

Описанная пальпаторная картина встречается при конгестивном, или застойном, простатите, когда значительная часть протоков закупорена «пробками» сгустившегося секрета, а сами протоки расширены. Систематический массаж простаты в подобных случаях устраняет застойные явления, восстанавливает нарушенный отток секрета, способствует повышению тонуса мышечных элементов простаты.

Существование ретенционных форм хронического простатита убедительно описано в работах Б. С. Гехмана (1967, 1984), рентгенографически подтвердившего возможность патологического расширения простатических ацинусов.

2. Размеры и форма простаты обычны, но в одной или обеих ее долях имеются плотные участки.

Инфильтрация паренхимы железы может быть воспалительной, опухолевой или рубцовой. Дифференцирование указанных вариантов инфильтрации имеет принципиальное значение, что в первую очередь касается возможности наличия опухолевых узлов. При подозрении на рак простаты необходимо произвести ультразвуковое исследование, пункционную биопсию, рентгенографию костей таза, определить уровень кислот и щелочной фосфатаз и простато-специфического антигена (Б. П. Матвеев и соавт., 1996).

Ориентировочное представление о типе инфильт-

рата можно получить и при пальпации. Опухолевые узлы обычно бугристы. Они, как и свежие рубцовые инфильтраты, имеют значительную плотность и более четко отграничены от окружающих тканей. Инфильтраты при туберкулезном простатите могут симулировать карциному простаты.

Воспалительные фокусы имеют менее четкие границы вследствие постепенного уменьшения степени отека и инфильтрации в перифокальной зоне. Кроме того, воспалительный и опухолевый инфильтраты обычно возвышаются над поверхностью железы, а рубцовый нередко втянут. Указанные пальпаторные отличия не являются абсолютными, но все же имеют определенную диагностическую ценность.

3. Простата уменьшена в размерах, ткань ее уплотнена и не вполне однородна.

Чаще всего указанные особенности наблюдаются у пациентов, длительно страдающих хроническим воспалением железы. Такой тип патологических изменений обычно соответствует так называемому атрофическому простатиту, или склерозу предстательной железы. Мы, однако, избегаем употребления термина «атрофический» в связи с его психотравмирующим звучанием, способным усугубить имеющийся у многих пациентов ипохондрический синдром. Кстати, нередко пациенты с атрофической железой не предъявляют жалоб на нарушение потенции, которое может быть инициировано указанной формулировкой диагноза. В таких случаях термин «инволютивный простатит» звучит менее безысходно для больного и потому предпочтителен. Из этих же соображений мы стараемся не употреблять слова «импотенция», заменяя ее термином «диспотенция», который менее травмирует психику пациента и, как правило, более соответствует имеющимся копулятивным расстройствам,

поскольку полная импотенция, обусловленная простатитом, встречается нечасто.

4. При надавливании на железу ощущается крепитация находящихся в ней конкрементов.

Столь выраженная степень простатолитиаза встречается нечасто и является относительным противопоказанием к массажу ввиду возможности травмирования паренхимы. Следует все же отметить случаи «выдавливания» камней простаты в уретру в результате массажа. Отдельные конкременты, естественно, не дают крепитации и могут определяться как участки уплотнения, более или менее близко расположенные к капсуле железы.

Дифференцировать камни простаты от тканевых инфильтратов можно при ультразвуковом исследовании по характерной для них лучистой тени.

Перечисленные варианты не исчерпывают всех возможных изменений пальпаторной картины предстательной железы, но могут служить отправными диагностическими ориентирами, которые следует учитывать при ее массаже.

Весьма ценной возможностью, все более доступной в настоящее время, является проверка пальпаторных впечатлений просмотром на экране ультрасонографической картины простаты.

Такой возможностью не следует пренебрегать: сравнивая свои зрительные и пальпаторные данные, уролог, естественно, приобретает ценнейший опыт достоверной ректальной пальцевой диагностики состояния предстательной железы и семенных пузырьков.

Одним из важных требований к проведению массажа предстательной железы является его атравматичность, особенно при выраженных симптомах воспаления простаты. Между тем болезненным при массаже может быть уже само введение пальца в прямую

кишку, если не учитывается естественный рефлекс сокращения анального кольца. Поэтому перед массажем следует хорошо смазать вазелином палец, вводить его достаточно осторожно, прекращая введение при ощущении сокращения анального сфинктера.

Кстати, смазывающие вещества, применяемые при введении пальца в прямую кишку, могут оказывать определенный лечебный эффект, всасываясь в кровь. Так, П. Г. Морозов рекомендует использовать содежащую цинк и другие микроэлементы мазь «Пергонал». Целесообразно также применение с этой целью 10% цинковой мази, оказывающей также лечебный эффект при повреждении анальной слизистой.

Некоторая потеря времени на «приучение» пациента к процедуре и преодоление его боязни вознаграждается в дальнейшем его доверием, значительно меньшей болезненностью массажа и большей доступностью труднодоступных участков простаты. В трудных случаях полезна помощь пациента (разведении ягодич руками в момент введения пальца и выполнения массажа).

Массаж следует начинать с наиболее труднодоступных участков железы, так как уставшим пальцем сделать это значительно труднее. Соблюдение данного правила, во-первых, позволяет не пропустить расположенных в этой части железы патологически измененных участков, и, во-вторых, дает возможность овладеть техникой массажа семенных пузырьков. Способы достижения дистальных отделов простаты различны. Это и предварительная психологическая подготовка пациента с разъяснением неэффективности массажа при неполном расслаблении анального сфинктера, и постепенное, ненасильственное введение пальца в прямую кишку, и раздвигание свободной рукой ягодич пациента (можно предложить ему сделать это самому), и, наконец, начало массажа только

при максимально глубоком введении пальца. При соблюдении этих правил даже врач с недостаточно длинными («немузыкальными») пальцами способен эффективно выполнять массаж простаты.

В начале массажа осторожно, почти без давления, ощупывают поверхность и границы железы. Таким образом определяют степень пальпаторной болезненности органа и допустимую интенсивность процедуры. При следующих сеансах давление массирующего пальца можно постепенно увеличить.

Массажные движения пальца должны быть последовательно направлены ко всем доступным участкам железы. При этом их направленность должна соответствовать расположению протоков, чтобы обеспечить их дренирование, а интенсивность и длительность элементов массажного воздействия определяться пальпируемыми особенностями формы и консистенции простаты и учитывать возможную неравномерность ее плотности.

Массажные движения должны обязательно учитывать направления протоков железы — от периферии к центру, т.е. к междолевой бороздке. Следует представлять, что только в этом случае достигается эффективное опорожнение железы от застоявшегося секрета и предупреждается проникновение инфекции вглубь органа, которое может иметь место при беспорядочном массаже. Этим, кстати, объясняется неприемлемость всяческих массажных приспособлений, нередко предлагаемых для проведения процедуры самим пациентом.

Техника массажа должна меняться в зависимости от особенностей индивидуального строения предстательной железы, патологических изменений в ней и их динамики в течение курса лечения.

Заканчивают массаж поглаживанием междолевой бороздки для выведения секрета, выделившегося в

уретру. Продолжительность массажа, как правило, не должна превышать одной минуты. По окончании массажа больной должен помочиться, чтобы удалить из уретры выделившийся секрет, содержащий микрофлору, находившуюся в застойных альвеолах.

Терапевтическое воздействие массажной процедуры многообразно. Под влиянием массажа активизируется кровообращение в железе, улучшается ее трофика, на что указывает увеличение количества лецитиновых зерен в секрете, повышается местная тканевая резистентность.

Можно предположить, что под действием массажа увеличивается выработка простагландинов и других пептидных тканевых медиаторов, на этой основе происходит активирование функции органов, корреспондирующих с простатой (яичек, семенных пузырьков, мочевого пузыря). Реализацией простатотестикулярных взаимоотношений, иллюстрируемых известной схемой Белова, можно объяснить эффект повышения потенции под действием массажа простаты.

Одним из эффектов массажа железы, по-видимому, является активация процесса превращения тестостерона в дигидротестостерон, происходящего, как известно, главным образом в простате, чем в определенной степени можно объяснить потенцирующее воздействие массажных процедур.

Не менее важный терапевтический компонент массажа — восстановление дренажной функции концевых отделов ацинусов, опорожнение их расширенных отделов, обратное развитие имеющихся ретенционных изменений и повышение тонуса мышечных элементов простаты. Следствием массажа являются также усиление секреторной активности предстательной железы и увеличение содержания цитрата и фруктозы в ее секрете, чем можно объяснить нередко на-

блюдаемое после курса массажа увеличение подвижности сперматозоидов.

Закономерно также повышение под действием массажа остроты оргастических ощущений, что объясняется возрастанием тонуса устьев семявыбрасывающих протоков и связанным с этим более интенсивным раздражением семенного бугорка при семяизвержении. По этой же причине под действием массажа уменьшаются проявления атонической простаторреи.

Практически неизменным результатом массажа является уменьшение болезненности простаты (как пальпаторной, так и самостоятельной) благодаря уменьшению ретенции и объема железы и меньшему в связи с этим растяжению капсулы. Этим же объясняются облегчение мочеиспускания и уменьшение поллакиурии.

Особым видом массажной процедуры является массаж железы при введенном в уретру буже (массаж на буже). Для этого используются сплошные (не головчатые) бужи достаточно больших размеров (№ 22—27 по Шарьеру). Массаж на буже позволяет более энергично воздействовать на расположенные глубоко участки железы. В этом случае можно непосредственно воздействовать также на семенной бугорок и устья семявыбрасывающих протоков, зияние которых служит причиной не только простаторреи, но и стертого оргазма. Массаж на буже рекомендуется при частичном недержании мочи (А. В. Люлько, П. С. Серняк, 1984) вследствие слабости сфинктера после аденоэктомии.

Выполняя массаж на буже, необходимо производить с большой осторожностью массажные движения, чтобы не травмировать железу между массирующим пальцем и находящимся в уретре бужем. Эти повреждения можно нанести при попытке разрушить или выдавить в уретру конкременты простаты. Однако от

такого соблазна врача должна удерживать вероятность возникновения при этом осложнений в виде уретрорагии и обострения инфекции. Болезненность этого вида массажа, а также вероятность обострения воспаления могут быть уменьшены благодаря предварительной инстилляционной анестезии 10% раствором лидокаина с антибиотиком и суспензией гидрокортизона с помощью универсальной канюли CANAR.

Наиболее удобной позицией для проведения массажа на буже является положение пациента на правом боку лицом к врачу. Это позволяет врачу, удерживая буж левой рукой, контролировать его положение и соразмерять с движениями массирующего пальца.

Массаж на буже рекомендуется проводить на фоне достаточно активной антибактериальной терапии, чтобы избежать обострения и распространения локального воспалительного процесса.

Сравнительно редким показанием к массажу простаты может быть инкрустирующий шейечный цистит у пациентов, перенесших аденомэктомию, после которой иногда наблюдается задержка ретракции и эпителизации ложа удаленной аденомы. В этом случае фибрин, покрывающий участки с незавершенной эпителизацией, нередко подвергается фосфатной инкрустации, в связи с чем возникает дополнительное раздражение ложа при сокращении сфинктера. Проявлением этого бывают терминальные рези при мочеиспускании, а также выделение кровянистой слизи и характерных «скорлупок». Проведение таким пациентам массажа простаты (с обязательным последующим мочеиспусканием) способствует устранению инкрустации ложа и ускорению его эпителизации.

Нужно иметь в виду, что массаж, проводимый при инкрустирующем шейечном цистите, может вызвать внутривезикулярное кровотечение (в наших немногочис-

ленных случаях это осложнение не наблюдалось) и поэтому при амбулаторном выполнении требует наблюдения за больным на протяжении некоторого времени.

Массаж простаты является непременным условием получения секрета простаты для цитологического, бактериоскопического или бактериологического исследования. Здесь необходимо отметить, что как в норме, так и при патологических состояниях секрет не всегда удается получить даже при весьма энергичном массаже. Это может быть следствием сравнительно недавнего посткоитального опорожнения железы либо результатом упомянутого внутрипузырного заброса при атонии шейки мочевого пузыря.

Нужно предостеречь от попыток в таких случаях во что бы то ни стало добиваться получения секрета, так как возможное травмирование железы при чрезмерно энергичном массаже никак не оправдывается необходимостью получения материала для исследования. Косвенную информацию о лейкоцитарном числе можно в таких случаях получить из спермограммы.

Следует также предостеречь от нередко проводимого (чаще по просьбе пациента) контрольного исследования секрета простаты во время или сразу после завершения курса массажа. Лейкоцитарный показатель в таких случаях, как правило, не бывает ниже начального как в связи с дополнительным раздражением железы, так и вследствие улучшившегося альвеолярного дренирования. Значительно более достоверная информация может быть получена через 7—10 дней после окончания курса массажа и других активных местных процедур.

Показания к применению массажа простаты, таким образом, достаточно разнообразны и едва ли могут быть четко сформулированы, поскольку массаж

может быть компонентом терапевтических и диагностических программ как при хроническом простатите, так и при ряде других синдромов (копулятивные дисфункции, бесплодие), прямо или косвенно связанных с функционально-морфологическими изменениями в простате. Если еще учесть гигиеническое значение этой процедуры для здоровых мужчин, то следует отказаться от попыток дать исчерпывающий перечень показаний к массажу.

Противопоказания к массажу простаты, напротив, формулируются легче. Это прежде всего рак простаты. Относительным противопоказанием является также аденома, рост которой под влиянием чрезмерно активных массажных процедур может ускориться.

Массаж противопоказан при остром простатите, в частности при абсцессе простаты, хотя, вероятно, многие урологи припомнят из своей практики случаи целительного прорыва абсцесса в мочевой пузырь под влиянием пальцевого исследования. Можно добавить к этому столь же рискованную возможность дренирования эмпиемы семенного пузырька.

Не может быть сомнений в опасности массажа при определяемой крепитации простатических конкрементов, но, видимо, и здесь требуется индивидуальный подход при столь участвовавших случаях ультразвуковой диагностики одиночных простатических конкрементов. Следует упомянуть и об имевшем место в практике автора случае «рождения» после массажа ранее не диагностированных камней простаты.

Сохраняет свою актуальность вопрос о роли массажа в системе терапевтических мероприятий при лечении хронического простатита. Известные сложности в лечении этого заболевания породили шаблонные схемы, в которых массажу простаты принадлежит одно из ведущих мест. Пожалуй, трудно привести конкретный клинический случай простатита, не

леченный посредством массажа, подчас неоднократно. никоим образом не умаляя ценности данной процедуры в комплексном лечении, хотелось бы поставить следующие вопросы:

Во всех ли случаях хронического простатита показан (и даже допустим) массаж?

Какой должна быть продолжительность курса массажа?

Как часто можно включать массаж в терапевтическую программу?

Рискнем утверждать, что ответ на эти вопросы считается известным:

Не может быть лечения хронического простатита без массажа.

Продолжительность массажного курса составляет десять процедур.

Курсы массажа могут проводиться один (два) раз в году.

Позволим себе не согласиться с такой регламентацией. Во-первых, в клиническом течении первично-хронического уретропростатита существует начальная ирритативная фаза, включающая в себя задний уретрит, колликулит и катаральное воспаление медиальных отделов простатических ходов, при которой массаж противопоказан.

Клинически эта фаза характеризуется, помимо достаточно малоспецифичной микросимптоматики, длительными неадекватными ночными эрекциями. Эти эрекции связаны с перманентным воспалительным раздражением (ирритацией) семенного бугорка, являющегося, как известно, одной из важнейших зон специфической сексуальной рецепции. Любые активные варианты локальной терапии, проводимые в этой фазе, и прежде всего массаж простаты, будут увеличивать степень имеющейся ирритации и способствовать развитию следующей фазы — временной эрек-

тильной недостаточности вследствие обратимого истощения соответствующего функционального центра. Очевидно, что в таких случаях массаж не следует сразу вводить в комплекс терапевтических мероприятий, а нужно начинать лечение с применения антибактериальной и противовоспалительной терапии, свечей, теплых микроклизм и лишь после устранения явлений колликулита включать массаж в проводимое лечение, постепенно увеличивая интенсивность и продолжительность процедур.

Что касается наиболее часто определяемой продолжительности курса в десять процедур, то такой шаблон в большинстве случаев также нельзя считать оправданным. Как продолжительность курса, так и интенсивность (и длительность) массажной процедуры определяются характером имеющихся в железе изменений и пальпаторно выявляемой их динамикой в процессе лечения. Нередко бывает, что лишь на 10—12-й процедуре «упорный» инфильтрат только-только начинает поддаваться терапевтическим усилиям.

Это же можно сказать о периодичности массажа, выполнение которого (ежедневно или через день) зависит от характера патологических изменений в железе, переносимости процедур и их сочетания с другими, параллельно проводимыми местными лечебными воздействиями.

Равным образом индивидуально решается вопрос о допустимом в течение года количестве курсов массажных воздействий. Необходимо помнить, что, помимо самостоятельного значения, массаж может играть адьювантную роль, например, при антибактериальной терапии, активизируя микроциркуляцию и проницаемость простатического барьера и тем самым повышая эффективность применяемого лекарственного препарата. В связи с этим нужно признать неоправданной такую регламентацию и проводить мас-

саж руководствуясь наличием показаний, при необходимости неоднократно в течение года.

Следует еще раз напомнить, что массажные процедуры позволяют врачу получать объективные данные о состоянии простаты и в соответствии с этим строить дальнейшую терапевтическую программу.

Существует также мнение, что периодически проводимый массаж простаты позволяет предупредить запоздалую диагностику одного из коварнейших заболеваний — рака предстательной железы.

Юридически интересен вопрос о допустимости выполнения гигиенического массажа простаты профессиональными массажистами, не имеющими общего медицинского образования. Не подлежит сомнению, что в связи с опасностью некомпетентного выполнения процедуры при раке простаты массаж может выполняться только после предварительного осмотра больного урологом и под его наблюдением и ответственностью.

Что касается применения массажа при хроническом простатите, то, если учесть, что тактику массажа необходимо варьировать в зависимости от изменений в железе, становится понятно: адекватно следовать ситуации, меняющейся в ходе лечения, может только врач.

Таким образом, индивидуализированный массаж простаты является в большинстве случаев не только эффективнейшей терапевтической процедурой, но и важнейшим условием контроля за одним из основных клинических параметров — пальпаторной картиной состояния предстательной железы.

Антибактериальная терапия простатита

Эффективность антибактериальных воздействий связана со многими факторами, влияющими на результаты лечения. Прежде всего это фармакокинетические свойства препарата, т.е. его способность проникать в инфицированный орган и находиться в нем достаточное время в необходимой терапевтической концентрации. Наличие таких свойств позволяет данному препарату проявлять свои физические, химические, бактериостатические, бактерицидные, анти-токсические или иммунные качества. Естественно, что комбинация препаратов, дополняющих или потенцирующих перечисленные свойства, весьма желательна в случае их совместимости.

Выше уже говорилось о том, что в связи со сложностью этиопатогенеза воспаления предстательной железы и вторичностью присоединения инфекции в его развитии антибактериальная терапия не является единственным методом лечения. В равной мере было бы неверно пренебрегать ее использованием, рассуждая, что постоянное присутствие элементов воспаления и микрофлоры в секрете простаты создает формальные показания к антибактериальному лечению, которое, естественно, не может проводиться непрерывно.

Все это подчас приводит к тому, что, отчаявшись в своих надеждах добиться нормализации микроскопической или бактериологической картины секрета простаты длительным применением антибактериальных препаратов, пациент вообще прекращает лечение, сменив перед этим нескольких врачей.

В связи с этим антибактериальные препараты следует назначать только при наличии соответствующих

показаний, главным образом при периодических обострениях и усилении выраженности клинических проявлений заболевания, а также использовать вспомогательные средства, обеспечивающие наибольшую эффективность медикаментов.

Применение антимикробных препаратов при неинфекционном (конгестивном) воспалении простаты не только бесполезно, но и может усугубить и без того упорное течение болезни в результате ослабления общей и местной неспецифической резистентности (Д. В. Кан, 1984).

Как правило, антибактериальную терапию целесообразно начинать после определения флоры, участвующей в патогенезе заболевания и степени ее чувствительности к тем или иным антибактериальным препаратам. При этом, как уже говорилось, нужно учитывать степень достоверности результатов применяемых бактериологических методик, используя препараты, обеспечивающие максимальный эффект.

Из медикаментов, к которым установлена наибольшая чувствительность флоры, выбираются обладающие максимальной способностью проникать в простату (Л. И. Добровольская, 1980; Ц. К. Боржиевский, И. С. Фитьо, 1980; P. Madsen et al, 1983). Известно, что различные антибиотики в неодинаковой степени могут преодолевать простатический барьер, в связи с чем их концентрация в предстательной железе, а следовательно, и эффективность в терапии простатита различны. Эффективность антибактериального лечения хронического простатита связана с трудностью создания необходимых концентраций препарата в очаге воспаления. Известно, что при достижении терапевтической концентрации в крови не всегда обеспечивается достаточное проникновение препарата в предстательную железу (Л. И. Добровольская, 1980). В исследованиях, выполненных автором, установле-

но, что в связи с особенностями строения стенки альвеол предстательной железы большинство антибактериальных препаратов при хроническом простатите с трудом преодолевает простатический барьер, поэтому при оральном и парентеральном способах введения препарата трудно создать его эффективные концентрации в железе.

Доказано, что эффективно проникать через простатический барьер могут главным образом липотропные препараты, не образующие труднорастворимых комплексов с белками плазмы, а также имеющие высокую константу диссоциации. Не требуется глубокого знания физической и коллоидной химии, чтобы понять, как трудно сочетать в одном и том же препарате комплекс названных качеств. Такие выводы содержатся в работах И. Ф. Юнды, Л. И. Добровольской, Д. В. Кана (1984); а также Т. Adgaard и Р. Madsen (1991). Помимо этого, указанные авторы считают одной из причин недостаточной эффективности препаратов существенное различие рН плазмы и секрета простаты, т.е. нарастание местного ацидоза при прогрессировании воспалительных изменений в железе.

Что касается острого простатита, то в этом случае, благодаря повышению проницаемости клеточных мембран, барьер между тканью простаты и кровяным руслом становится более проницаемым, вследствие чего при лечении острого бактериального простатита возрастает эффективность антибактериальных препаратов, которые при вялотекущем воспалительном процессе чаще всего не поступают в нужной концентрации в паренхиму и секрет простаты.

Исследуя диффузионные свойства некоторых антибиотиков, Т. Stamey (цит. по Б. Д. Айинде) выявил, что содержание окситетрациклина, полимиксина В, канамицина, цефалотина, ампициллина и пенициллина С в плазме крови у собак достигала 10–63 мкг/мл

при парентеральном введении, в то время как концентрация этих же антибиотиков в секрете простаты не превышала 0,5 мкг/мл. Только для эритромицина и олеандомицина эти показатели были принципиально иными и составляли в плазме 16 и 12 мкг/мл, а в секрете в зависимости от назначаемой дозы — от 8 до 38 и от 9 до 44 мкг/мл соответственно, т.е. простатические концентрации указанных препаратов превышали плазматические в 2,4–3,2 раза.

Следующим условием эффективности препарата, используемого для лечения простатита, является наличие у него достаточно широкого спектра антибактериального действия. В связи с тем, что достоверное определение флоры, обитающей в простате, представляет трудную задачу (а в связи с этим ненадежны и результаты антибиотикограммы), то предпочтительны препараты, обладающие наиболее широким спектром антибактериальной активности. К ним прежде всего следует отнести препараты пенициллиновой группы — бензилпенициллин, оксациллин, ампициллин, ампиокс и карбенициллин, все же имеющие недостатки: значительный процент флоры с приобретенной устойчивостью, а также слабо выраженную липидофильность.

Достаточно приемлемыми для лечения простатита качествами обладают также препараты цефалоспоринового ряда, имеющие большой период полувыведения и широкий спектр антибактериального действия, включающий действие на грамотрицательную микрофлору.

Ценные свойства в смысле как проникновения через простатический барьер, так и широты антибактериального действия имеют препараты тетрациклинового ряда и антибиотики-макролиды. Их применение особенно желательно при смешанной бактери-

но-хламидийной и уреаплазменной инфицированности мочеполового аппарата.

Стрептомицин и антибиотики аминогликозидной группы — гентамицин и канамицин, недостаточно хорошо проникают через простатический барьер при обычном введении, но могут использоваться для парарпростатических блокад и эндоуретральных инстилляций, поскольку в этом случае их простатическая концентрация существенно увеличивается. Данные препараты активны в отношении грамотрицательных микроорганизмов.

В качестве резервного препарата может быть использован рифампицин, однако к нему сравнительно быстро вырабатывается устойчивость флоры. Интересно, что одновременно с развитием толерантности к этому препарату элиминируется приобретенная устойчивость флоры к антибактериальным препаратам других групп, в связи с чем рифампицин может применяться и с этой целью. Л. И. Добровольская (1980) отметила высокую способность рифампицина проникать в секрет предстательной железы, поскольку он обладает высокой степенью жирорастворимости и константой диссоциации в щелочной среде. Этот антибиотик имеет широкий спектр антибактериального действия (к нему чувствительны грамположительные и грамотрицательные бактерии, туберкулезная палочка, хламидии, микоплазмы и другие микроорганизмы).

Наряду с капсулами для орального употребления выпускается лекарственная форма рифампицина в ампулах для инъекций, что позволяет получать более высокие концентрации антибиотика в плазме крови, независимо от состояния желудочно-кишечного тракта.

Достаточно широким спектром антибактериального действия, в том числе в отношении микоплазм,

обладает линкомицин, в связи с чем он может быть использован для парапростатического введения. К достоинствам линкомицина следует отнести его хорошую ионизацию при растворении, поэтому его можно применять для диадинамофореза (И. Н. Наталуха, 1990). «Золотым стандартом» широты антибактериального эффекта является комбинация производного линкомицина — далацина-Ц (клиндамицина) и антибиотиков-аминогликозидов (гентамицина).

Препараты группы фторхинолонов (пепфлоксацин (абактал), ципрофлоксацин (цифран, ципробай), офлоксацин (таривид, заноцин), норфлоксацин, темафлоксацин, спарфлоксацин и др.) являются новыми антибактериальными средствами, обладающими существенными преимуществами по сравнению с другими — более широким спектром противомикробного действия и способностью накапливаться в простате в высоких концентрациях при пероральном применении.

Помимо прямого антибактериального действия, фторхинолоны оказывают иммуномодулирующий эффект, повышая фагоцитарную функцию полиморфноядерных нейтрофилов, а также стимулируя продукцию интерлейкинов Т-клетками и моноцитами. При этом повышается синтез интерферонов. Эти качества особенно свойственны ципрофлоксацину (цифрану), который также стимулирует функцию рецепторов иммунокомпетентных клеток. У офлоксацина (заноцина, таривида), в отличие от ципрофлоксацина, более широкий спектр антибактериального действия, в том числе на внутриклеточно расположенные микроорганизмы, благодаря чему он может назначаться при хламиднозе и уреаплазмозе (Т. И. Тамм, 1997).

Следует иметь в виду, что родоначальники препаратов оксихинолоновой группы (5-НОК, нитроксо-

лин, палин), хотя и продолжают выпускаться медицинской промышленностью и реализуются в аптечной сети, обладают значительно меньшей антибактериальной активностью, нежели фторхинолоны, и при наличии последних не должны использоваться для лечения простатита.

В терапии неспецифического воспаления предстательной железы в качестве основного антибактериального препарата нередко используют медикаментозные композиции на основе триметоприма. Триметоприм удовлетворяет критериям, предъявляемым к препаратам для лечения хронического простатита: он жирорастворим, имеет $pH=7,3$; около половины его молекул находится в ионизированном состоянии и, следовательно, способно диффундировать в простату; белком связывается около 45% вещества. Простатическая концентрация триметоприма выше сывороточной в 2–3 раза (В. Н. Ткачук с соавт., 1989).

Устойчивость бактерий к триметоприму невелика, она наблюдалась менее чем у 10% больных с заболеваниями мочеполовой системы. Отмечается синергизм между триметопримом и сульфаниламидами, рифампицином. В связи с этим А. Pfau (1991) предложена схема лечения больных хроническим простатитом, использующая следующий курс: в первый день — рифампицин 900 и триметоприм 240 мг/сутки, затем в последующие 13 дней — рифампицин 300 и триметоприм 80 мг/сутки.

При такой схеме лечения триметоприм подавляет выработку у бактерий резистентности к рифампицину. Эффективность данной комплексной терапии, по данным автора, составляет около 90%. Указанная комбинация (0,15 г рифампицина и 0,04 триметоприма) производится в капсулах под названием рифаметоприм (М. Д. Машковский, 1997).

Выраженной терапевтической активностью при

хроническом простатите обладает также комбинация сульфаметоксазола (400 мг) с триметопримом (80 мг) — бактрим, бисептол, гросептол. Эти препараты, по данным М. Yamamoto et al. (1985), в 73% случаев оказывают положительный клинический и бактериологический эффект.

Эффективна терапия препаратами интерферонового и интерфероногенного ряда (реафероном, неовиром), сочетающими противовирусный и иммуномодулирующий эффекты. Данные препараты показаны при хламидиозе, цитомегаловирусной, герпесвирусной инфекции. При лечении хламидийных форм простатита их необходимо сочетать с препаратами группы фторхинолонов.

Принимая во внимание основное условие эффективности антибактериальной терапии — способность препаратов диффундировать в паренхиму и секрет предстательной железы, для лечения хронического простатита при парентеральном или оральном введении наиболее действенными следует считать антибиотики тетрациклинового ряда (доксициклин, метациклин, и др.), хинолоны (офлоксацин, цiproфлоксацин, пефлоксацин, норфлоксацин и др.), макролиды (эритромицин, олеандомицин и др.), триметоприм и его производные, цефалоспорины (цефалексин).

Используя антикандидомикотический препарат леворин, следует принимать во внимание его эффективность при трихомонозе, а также его положительное действие в некоторых случаях аденомы простаты у лиц пожилого возраста, страдающих хроническим простатитом. Преимуществом леворина в данном случае является его выраженная фармакодинамическая поливалентность.

При проведении антибактериальной терапии у молодых пациентов нужно учитывать возможный сперматотоксический эффект применяемых препаратов,

а также тератогенные свойства, присущие многим антибактериальным препаратам нуклеотропного (бактериостатического) действия. Поэтому между применением этих препаратов и предполагаемым зачатием необходимо иметь промежуток не менее четырех месяцев, превышающий полный цикл сперматогенеза. Это относится также к препаратам нитрофуранового ряда.

Необходимым условием максимальной эффективности антибактериальной терапии при хроническом простатите является соблюдение следующих общих принципов:

1) выделение и идентификация микрофлоры, участвующей в патогенезе простатита и определение ее чувствительности к противомикробным средствам;

2) выбор наиболее эффективных препаратов, имеющих наименьшую частоту и выраженность побочных явлений;

3) определение эффективных доз, способов и частоты введения с учетом особенностей фармакокинетики выбранного препарата;

4) своевременное начало лечения и проведение достаточного по продолжительности курса противомикробной терапии, обеспечивающей максимально возможный эффект;

5) сочетание антибактериальных препаратов как между собой, так и с препаратами и процедурами, которые усиливают противомикробный эффект, улучшают фармакокинетику, снижают частоту осложнений (например, с димексидом), улучшают микроциркуляцию в паренхиме простаты (компламин, стрептокиназа, раверон, эскузан, инстилляционный массаж и пр.);

6) проведение комплексной терапии с учетом особенностей иммунного и гормонального статуса пациента.

Выбор препаратов для лечения обусловливается также рядом обстоятельств, усложняющих задачу, при решении которой обычная терапевтическая схема «чувствительный микроорганизм — соответствующий антибактериальный препарат» не всегда оказывается достаточной.

Прежде всего следует иметь в виду упомянутую трудность преодоления простатического барьера большинством антибактериальных препаратов. Наибольшей способностью проникать в простату обладают антибиотики тетрациклинового ряда (доксциклин), рифампицин и эритромицин, а также триметоприм и фторхинолоны. Это, разумеется, не означает полной непригодности остальных препаратов, но наличие выявленной высокой чувствительности микроорганизма, обнаруженного при посеве секрета, к препарату, который плохо проникает в простату, ставит перед врачом нелегкую задачу.

Вторая трудность антибактериальной терапии простатита заключается в поливалентности выявляемых микробных ассоциаций, подчас образующих сочетания, требующие применения комплексов лекарственных препаратов. Данное обстоятельство заставляет использовать дополнительные средства и методы, повышающие эффективность применяемых медикаментов. Это может быть достигнуто, в первую очередь, рациональной комбинацией препаратов, обладающих такой фармакокинетикой, которая позволяет максимально повысить их локальные концентрации и время действия.

Говоря о таких препаратах, следует еще раз вспомнить о димексиде (диметилсульфоксиде, DMSO), который благодаря своим «транспортным» свойствам не только способствует более глубокому проникновению антибактериальных средств, но и элиминирует приобретенную устойчивость микрофлоры, т.е. устраня-

ет одну из основных причин недостаточной эффективности противомикробных препаратов, а также в отдельных случаях делает возможной эмпирическую антибактериальную терапию.

Не следует забывать об иммуностимулирующей терапии при снижении соответствующих показателей. Здесь нужно иметь в виду, что назначение иммуностимуляторов при аутоиммунном простатите, а тем более при аутоиммунном бесплодии способно принести только вред.

Особая ситуация, почти всегда требующая параллельного применения антибактериальной терапии, — использование лекарственных средств, ослабляющих естественные защитные механизмы. К ним прежде всего относятся кортикостероиды, снижающие выраженность воспаления, как известно, являющегося не только патологической, но и защитной реакцией организма. То же самое можно сказать о применении другого популярного при лечении простатита препарата — лидазы, также ослабляющей защитную функцию перифокальных барьеров.

Полезным приемом является комбинирование антибактериальных препаратов с протеолитическими ферментами, антиоксидантами, стимуляторами репаративных процессов и т.д.

В лечении герпесвирусной инфекции рекомендуется использовать комплексную терапию, включающую в себя инактивированную герпетическую поливакцину, иммуностимуляторы и препараты интерферонового ряда (В. Д. Вольфовский, В. В. Вольфовский, 1996). Учитывая сочетанный патогенез вирусной и бактериальной инфекций, в подобных случаях следует применять и соответствующие антимикробные препараты.

Большинство препаратов, используемых для лечения герпесвирусной инфекции, относится к так на-

зываемым антирепликантам, блокирующим репликацию вирусной ДНК и тем самым прекращающим размножение вируса.

Наиболее активными противовирусными препаратами этой группы являются ацикловир (зовиракс, веролекс) и другие производные его ряда (ганцикловир, цимевен, цитовен и др.).

Как указано выше, эффективность антигерпесвирусной терапии вне периода обострения чаще всего бывает недостаточной, так как проникновение лекарственных противовирусных препаратов в клетки вне периода вирусной репликации обычно затруднено, а также, вероятно, еще и потому, что они не могут воздействовать на вирусные нуклеиновые кислоты, находящиеся в пассивном состоянии.

В ряде случаев в терапии простатита используется методика так называемых ударных доз антибактериальных препаратов. Так, для лечения урогенитального хламидиоза рекомендуется одноразовое применение 1000 мг азитромицина (сумамеда) и последующее недельное лечение доксициклином по 100 мг дважды в сутки. При этом однодневное применение азитромицина считается равнозначным 10-дневному курсу доксициклина.

Практически важен вопрос о необходимости превентивного применения противогрибковых препаратов для предупреждения развития дисбактериального кандидоза. Нам кажется, что показаниями к назначению леворина или нистатина является наличие возникающего кандидоза или повышенный риск этого осложнения. Мочеполовой кандидоз считается парадиабетическим заболеванием (Х. Х. Планельес, 1961) ввиду гликофилии, свойственной дрожжеподобным грибкам, всегда имеющимся в дистальном отделе мочеиспускательного канала.

В случае развития кишечного дисбактериоза в ре-

зультате длительной или чрезмерно активной антибактериальной терапии, рекомендуется применение бификола — препарата кишечной палочки, назначаемого по пять доз перед едой на протяжении 2—3 недель.

С целью повышения действенности антибактериальной терапии используются также средства и методы улучшения микроциркуляции, одним из наиболее рациональных считается массаж, улучшающий кровообращение и местную сопротивляемость паренхимы простаты.

Стратегия и тактика антибактериальной терапии сложна и многообразна, но ее использование позволяет повысить результативность лечения.

Разумеется, перечислить все антибактериальные препараты, используемые при лечении хронического простатита, невозможно, особенно если учесть постоянно растущее число аналогичных и тождественных медикаментов, выпускаемых различными фирмами.

После успешной антибактериальной терапии простатита может возникать более или менее длительная ремиссия, как правило, рано или поздно завершающаяся возобновлением клинической и лабораторной симптоматики.

Нам представляется целесообразным попытаться суммировать некоторые основные принципы антибактериальной терапии хронического простатита.

1. Применение антибактериальных препаратов само по себе не может считаться достаточной терапией.

2. Данные, полученные при рутинном бактериологическом исследовании простатического секрета, а также показатели антибиотикограммы, не всегда могут служить несомненным критерием адекватности выбора препарата, так как в значительной части случаев они основаны на высеивании из секрета простаты

флоры, лишь сапрофитирующей в мочеиспускательном канале.

3. Перед началом лечения следует провести исследование на хламидиоз и уреоплазмоз.

4. Целесообразно одновременно использовать препараты, устраняющие (элиминирующие) приобретенную устойчивость микрофлоры (димексид, рифампицин).

5. При выборе препарата необходимо учитывать его способность проникать в простату, в необходимых случаях использовать электрофоретический путь.

6. Параллельно с антибактериальными препаратами следует применять вспомогательные терапевтические факторы: улучшение микроциркуляции, альвеолярного дренирования и иммунокоррекцию.

7. Пероральную или парентеральную терапию антимикробными препаратами необходимо по возможности дополнять их местным инстилляционным применением в композициях пролонгированного действия.

Анальгетическая терапия

Анальгетическая терапия в лечении хронического простатита — один из важнейших компонентов общей терапевтической программы, поскольку наличие и степень выраженности болевого синдрома служит для пациента основным показателем, который определяет его отношение к болезни и влияет на проявление депрессии (этот симптом был отмечен еще на III Всесоюзном съезде урологов в 1984 г. в качестве одного из основных для хронического простатита).

Наблюдаемые при хроническом простатите болевые синдромы весьма разнообразны по своей локализации, продолжительности и степени интенсивно-

сти. В связи с этим большое значение имеет методика применения анальгезирующих препаратов. Пероральный прием достаточно эффективен, что следует учитывать при необходимости хотя бы на время снять боль.

Несколько более действенно ректальное применение обезболивающих препаратов в свечах и микроклизмах, поскольку в них используются комбинированное действие анальгетиков — анальгина, антипирина, анестезина, новокаина, тримекаина и противовоспалительных препаратов — преднизолона, метилурацила, димексида, тиотриазолина и пр., а также температурное воздействие. Для изменения тонуса железы (что тоже может влиять на степень выраженности болевой симптоматики) в свечи могут вводиться вегетотропные препараты — экстракт белладонны либо прозерин.

Хороший обезболивающий эффект оказывает дидинамотерапия, особенно в сочетании с электрофоретическим использованием противовоспалительных и обезболивающих препаратов. Из физиотерапевтических процедур с целью снижения болевого синдрома может также использоваться ректальное воздействие ультразвуком и лазерное излучение.

При конгестивном простатите выраженный обезболивающий эффект, обусловленный улучшением дренажной функции простатических ходов, оказывает массаж простаты.

Для снятия одного из основных вариантов болевых ощущений, сопровождающих простатит, — иррадиации в яички может быть применена блокада семенного канатика по Лорин-Эпштейну.

Хорошим обезболивающим действием обладают парапростатические новокаиновые блокады. В состав используемых для этих блокад композиций, помимо

анестетиков, вводятся также антибиотики и противовоспалительные препараты (гидрокортизон).

Терапия половыми гормонами

Применение андрогенов в лечении простатита чаще всего обусловлено наблюдающимися при нем сексуальными расстройствами, которые обычно не связаны с недостатком половых гормонов, и потому, учитывая молодой и средний возраст болеющих, не может всегда считаться оправданным.

Тем не менее длительно протекающий простатит в некоторых случаях может приводить к обратимой гипоандрогении вследствие уменьшения половой активности (иногда из-за рекомендованного воздержания) и соответствующего регулирующего влияния простаты на тестикулы.

При хроническом простатите, обусловленном нарушениями ритма половой жизни и застойными явлениями в малом тазу, преобладание эстрогенов и наличие гиперпролактинемии вызывают ослабление либидо и эрекции, вплоть до возникновения продуктивных форм бесплодия (А. И. Гладкова и С. И. Кочубей, 1986).

Кратковременное включение андрогенов в терапевтическую программу может разорвать этот порочный круг, однако к этому следует прибегать только после подтверждения андрогенной недостаточности. При назначении мужских половых гормонов необходимо учитывать возраст больных и длительность заболевания. Так, лицам моложе 30 лет с длительностью течения хронического простатита не более 2 лет назначать андрогены не рекомендуется.

Е. П. Завадецкая и соавт. (1985), изучавшие со-

держание половых гормонов у больных с различными формами хронического простатита, выявили у всех больных понижение уровня тестостерона; при всех формах оказалось достоверно увеличенным содержание лютеотропного гормона, а при паренхиматозном простатите отмечено повышение уровней фолликулостимулирующего гормона и эстрадиола.

Нужно иметь в виду, что нередко сопутствующая простатиту олигоспермия может быть следствием произошедших гормональных изменений.

Развернутое лабораторное исследование уровня половых гормонов не всегда легко осуществимо, и для большинства случаев можно считать вполне достаточным упрощенное определение гормональной насыщенности (Б. А. Вартапетов и А. Н. Демченко, 1975) по методике «листа папоротника», доступной для выполнения в амбулаторных условиях самим врачом (нужны лишь микроскоп и чашка Петри).

Техника исследования заключается в том, что к взятому на предметное стекло простатическому секрету добавляют каплю физиологического раствора. Далее стекло кладут в чашку Петри и рядом с ним помещают смоченный водой ватный шарик, обеспечивающий необходимую для постепенной кристаллизации секрета влажность. На следующий день стекло просматривают под малым (x20) увеличением микроскопа. Андрогенная насыщенность считается достаточной при наличии в папоротникообразной кристаллизационной картине ветвей первого, второго и третьего порядка, а также «листьев». Уменьшение элементов детализации кристаллизационного рисунка указывает на наличие определенной степени андрогенной недостаточности и может служить основанием для кратковременного назначения андрогенов.

По показаниям (подтвержденная гипоандрогения) у таких больных могут быть использованы такие анд-

рогеновые препараты, как тестостерон-пропионат, тестенат, сустанон-250, тестобромлецит и др.

Назначая терапию андрогенами, следует предупредить пациента о недопустимости ее повторения по собственной инициативе даже при выраженном улучшении.

Фаллодекомпрессия (ЛОД-терапия)

Фаллодекомпрессия, или воздействие локальным отрицательным давлением на половой член, является одной из действенных современных андрологических методик. Разработанный Р. В. Беледой в 1981 г. как лечебный, этот метод был в дальнейшем усовершенствован и стал использоваться в качестве объективного диагностического показателя состояния эрекционной функции полового члена.

Использование гипобарического (0,4–0,6 атм) воздействия на половой член приводит к расширению его сосудов и притоку крови к органу, вследствие чего реализуется ряд положительных эффектов: расширение полостей кавернозного аппарата, растяжение стенок сосудов и соединительнотканых образований, улучшение трофики тканей и т.д.

Некоторые из достигаемых при фаллодекомпрессии эффектов, в частности увеличение суммарного объема пещеристых тел, сохраняются и после прекращения гипобаровоздействия, что приводит к улучшению эрекционной функции. К числу сторон действия процедуры относится рефлекторное влияние на простату, приводящее к активации кровообращения, обмена веществ, андрогентрансформирующей функции и трофики железы.

Таким образом, положительное действие фалло-

декомпрессии при хроническом простатите проявляется как благодаря повышению половой активности, что оказывает мощный психотерапевтический эффект, так и вследствие улучшения метаболизма тканей простаты.

Фаллодекомпрессия при простатите выполняется ежедневно или через день, лечебный курс составляет 10–15 процедур. Полезно сочетать фаллодекомпрессию с инстилляционным массажем простаты, поскольку при этом повышается степень всасывания препаратов после завершения процедуры гипобарического воздействия.

Нужно иметь в виду, что фаллодекомпрессия является хорошим диагностическим методом, позволяющим своевременно выявлять диспотенцию сосудистого генеза. Многообразие терапевтических эффектов фаллодекомпрессии придает этому методу большую ценность в комплексном лечении простатита.

Парапростатические блокады

Парапростатическая блокада — одно из немногочисленных лечебных мероприятий, доступных для непосредственного выполнения врачом, курирующим пациента.

Показания к выполнению парапростатической блокады могут быть не только лечебными, но и диагностическими (точнее, дифференциально-диагностическими). В последнем случае блокада позволяет отличить различные болевые проявления, не связанные с предстательной железой, от соответствующей симптоматики, обусловленной простатитом. В частности, пациенты, имеющие наряду с простатитом вертеброгенную болевую симптоматику, нередко склонны от-

носить боли в области поясницы полностью за счет патологии предстательной железы, что основательно уменьшает и без того нелегко достигаемый эффект лечения простатита.

Целью блокады является временное прекращение патологической простатической афферентации, а также создание «депо» суспензии гидрокортизона, оказывающего пролонгированный противовоспалительный эффект.

Выполняя парапростатическую блокаду, следует стремиться ввести лекарственную композицию не в саму железу, а в пространство между фасцией Денонвилье и собственной капсулой простаты. Именно в этом случае удастся добиться равномерного распределения по поверхности железы вводимой комбинации медикаментов, что, с одной стороны, обеспечивает блокаду чувствительных нервных проводников и, с другой, создает условия для более полной диффузии в железу вводимых лекарственных средств.

Блокада выполняется в положении пациента лежа на спине с приподнятой мошонкой и разведенными бедрами. После смазывания йодом кожи промежности вводят иглу (для внутривенных вливаний), отступив на 1,5 см от анального сфинктера, соответственно цифрам 1 и 11 на циферблате. Продвижение иглы контролируют пальцем, находящимся в прямой кишке, что полностью исключает возможность попадания иглы в просвет кишки.

Когда игла достигнет капсулы железы, вводят лекарственную смесь, причем при правильном положении иглы палец ощущает, как раствор распространяется по поверхности соответствующей половины железы, которая при этом как бы несколько увеличивается в объеме.

Случайное попадание иглой в железу, даже введение в нее небольших количеств раствора не представ-

ляет опасности, однако в этом случае пациента следует предупредить о возможном кратковременном появлении примеси крови в моче.

Объем вводимой композиции не должен быть более 10 мл для каждой из сторон. Введение большого количества может привести к временному ухудшению эрекции, по-видимому, вследствие обратимых иннервационных нарушений при значительном гидравлическом увеличении объема парапростатической клетчатки. Впрочем, это обстоятельство можно использовать и как действенный лечебный фактор при перемежающемся приапизме, который иногда является одним из начальных проявлений хронического простатита.

Этим же, т.е. обратимой гидравлической деструкцией концевых отделов нервных проводников, можно в определенной степени объяснить обезболивающий эффект блокады, превышающий по времени действие анестетиков.

Обычно применяемая для блокады лекарственная смесь состоит из 20 мл 0,5% раствора новокаина и 25 мг гидрокортизона (предпочтительна суспензия, дающая гораздо более продолжительный эффект благодаря депонированию и постепенной диффузии в железу микрокристаллической формы препарата), антибиотика (обязательно пригодного для внутримышечного введения) и 64 УЕ лидазы.

Блокады (3–5 процедур) производят с перерывом 3–4 дня.

Парапростатические блокады обычно значительно улучшают самочувствие больных, снижая выраженность воспалительного процесса в железе.

Эндоуретральная аспирационная и инстилляционная терапия

На современном уровне развития урологии возник ее новый раздел — эндоурология, обозначающий «закрытые контролируемые вмешательства, проводимые на мочевом тракте» (Н. А. Лопаткин, А. Г. Мартов, 1997). Помимо классических эндоскопических манипуляций, к эндоурологии относятся современные аппаратные и инструментальные диагностические и лечебные вмешательства на почках, верхних и нижних мочевых путях и предстательной железе. К этой же категории принадлежат диагностические и терапевтические манипуляции, выполняемые при эндоуретральном применении универсальной шприцевой канюли CANAR.

К числу трудностей, которые испытывает успешно развивающаяся лекарственная терапия, можно отнести проникновение медикаментозных препаратов к органам и клеткам-мишеням. В этом смысле одно из решений проблемы заключается в использовании инстилляционных методик.

Известно, что одним из патогенетических факторов в развитии простатита является уретропростатический рефлюкс (Persson B. E., Ronquist G., 1996), что позволяет использовать данный фактор в качестве лечебного при эндоуретральной инстиляции различных лекарственных композиций.

Следует отметить, что в настоящее время использование общей антибактериальной терапии значительно сократило применение местных, в частности инстилляционных, методов лечения, ранее широко распространенных в венерологической и урологической практике, а также в других отраслях медицины. Этому в определенной мере способствовали возросшие

требования к асептичности использовавшихся инструментов (спринцовки Тарновского, шприца Жане), трудности их повторной стерилизации, особенно при большом числе выполняемых процедур и отсутствии специальных одноразовых инструментов для этой цели.

Вместе с тем снижение эффективности антибактериальных средств ввиду увеличения числа резистентных форм микроорганизмов, а также сложность достижения действенных локальных концентраций некоторых препаратов при пероральном или парентеральном применении заставляют снова обращаться к методике инстилляций в лечении ряда заболеваний и патологических состояний, встречающихся в урологической, андрологической, репродуктологической практике и других областях клинической медицины.

Особенности анатомического строения предстательной железы, альвеолярные ходы которой открываются непосредственно в заднюю уретру, создают предпосылки к восстановлению проходимости железистых протоков, в случае их обтурации «пробками» сгустившегося секрета и к аспирации содержимого расширенных альвеол при посредстве отрицательного давления, создаваемого в простатическом отделе мочеиспускательного канала. Аспирация осуществляется при помощи зондов специальной конструкции, создающих в простатической части уретры неглубокое, примерно 0,3–0,4 атм, разрежение и одновременно препятствующих спадению ее стенок. Время такого воздействия индивидуально и определяется переносимостью процедур и их результативностью, составляя в среднем 1–3 мин.

Однако следует иметь в виду существование обратного, присасывающего, эффекта, возникающего после прекращения аспирации, в связи с чем уретральная флора может дополнительно попадать в

простатические ходы, увеличивая зону инфицирования железы. Снизить вероятность такого осложнения можно предварительным промыванием задней уретры растворами антисептиков и одновременным проведением общей антибактериальной терапии, но все же многократную в течение одного сеанса аспирацию по этой причине рекомендовать нельзя.

Указанный прорасывающий эффект, однако, можно использовать в лечебных целях, вводя в простатические ходы различные лекарственные препараты — антибиотики, кортикостероиды, протеолитические ферменты, лидазу и пр. Это позволяет оказывать на простату местное медикаментозное воздействие, имеющее в сравнении с общим важное преимущество: возможность достигать высоких и, следовательно, гораздо более действенных (хотя и сравнительно кратковременные) концентраций лекарств. Впрочем, продолжительность действия вводимых препаратов можно значительно увеличить, если применять их в депонирующихся вариантах (например, используя медленно рассасывающуюся суспензию гидрокортизона) или совместно с препаратами, которые усиливают адгезию медикаментов к стенкам ацинусов. Этими свойствами обладают карбоксиметилцеллюлоза в виде ее натриевой соли, а также желатин.

Инстилляция противотуберкулезных препаратов в заднюю уретру, проводимая на протяжении 6—8 недель, рекомендуется при лечении туберкулеза предстательной железы (И. С. Камышан и др., 1986).

Вполне реально использование инстилляционной методики в лечении везикулитов и связанных с ними экскреторных вариантов мужского бесплодия.

Эффект лечения можно также усилить предварительным назначением препаратов, понижающих тонус гладкомышечного пузыря жомы (прозерина,

калимана, убретида), и последующим массажем простаты.

Применяя этот метод, необходимо контролировать степень местного разрежения, чтобы предупредить возможные (хотя и не очень опасные) гипобаротравматические повреждения (в виде отека слизистой или незначительных уретроррагий) и не превышать рекомендованных времени и степени эндоуретрального разрежения.

В качестве источников отрицательного давления могут быть использованы достаточно широко распространенные аппараты для фаллодекомпрессии (ЛОД-терапии) или обычные шприцы.

На высокую терапевтическую активность введения в заднюю уретру смеси гидрокортизона и антибиотиков широкого спектра действия указывает Voneff A. N. (цит. по В. Н. Ткачуку и соавт.). Целесообразность эндоуретральных воздействий подтверждается выявляемым на простатограммах зиянием простатических альвеол, что в некоторых случаях обеспечивает углубленное медикаментозное воздействие практически на всю предстательную железу. Наличие в моче плавающих «нитей» также говорит о возможном проникновении в их опустевшие ложа растворов вводимых в уретру лекарственных препаратов.

Эндоуретральная инстилляция композиций антибактериального и противовоспалительного действия с добавлением димексида успешно использовалась нами перед выполнением трансуретральной резекции аденомы простаты с целью профилактики послеоперационных воспалительных осложнений.

Инстилляционную терапию можно также производить без предварительной декомпрессии. В этом случае медикаменты вводят через наружное отверстие уретры обычным шприцем с конической одноразовой канюлей CANAR или спринцовкой Тарновского.

Оптимальный объем эндоуретрально вводимой лекарственной смеси составляет около 5 мл.

В момент введения целесообразно рекомендовать пациенту имитировать мочеиспускание (мочевой пузырь перед процедурой должен быть пустым). В этом случае излишки вводимого раствора попадают в мочевой пузырь, а также предупреждается болезненное перерастяжение уретры и нарушение в связи с этим целостности сосудов ее слизистой.

Прижатие головки пальцами или специальным зажимом предотвращает обратное вытекание раствора после отнятия кончика канюли или спринцовки. Осторожное поглаживание заполненной уретры пальцами свободной руки по направлению к промежности способствует проникновению раствора в проксимальный отдел и простату (разумеется, при атонии ее ходов или при дивертикулярной форме простатита).

По понятным причинам после произведенной инстилляции больному не следует немедленно мочиться, несмотря на позывы, вызванные процедурой.

Обучение пациента в отдельных случаях выполнении этой в общем-то несложной манипуляции дома перед сном позволит добиться максимально возможного эффекта.

В качестве инстиллируемых препаратов может быть применено большинство медикаментов, используемых парэнтерально или же путем введения в полости.

Выбор препаратов обусловлен целью их применения: для протеолиза используются трипсин, химопсин; противовоспалительное действие оказывает суспензия гидрокортизона; антибактериальный эффект дают антибиотики, растворы марганцевокислого калия, препараты серебра; обезболивающий — растворы лидокаина, диметилсульфоксид (помимо собственного антибактериального и противовоспалительного действия, последний обладает свойством эли-

минировать приобретенную устойчивость микрофлоры к антибактериальным препаратам); для стимуляции регенерации используется метилурацил; для осмотерапии — 30% раствор полиэтиленоксида-400, 25% раствор магния сульфата, 10% раствор натрия хлорида.

И. И. Мавров (1994) указывает на целесообразность использования уретральных инстилляционных композиций, включающих мирамистин (антисептик, местный иммуномодулятор), дибунол (антиоксидант), инсулин и 2% желатин. Наши наблюдения также подтверждают высокую регенерирующую способность инсулина при его местном применении.

Для лечения уретрального кандидоза рекомендуются инстилляции 1% раствора клотримазола (М. Д. Машковский, 1993).

Вообще эндоуретральная инстилляционная терапия простатита позволяет использовать разнообразные лекарственные препараты, выбор которых зависит от характера данной патогенетической ситуации, а также от совместимости вводимых препаратов.

Локальное применение медикаментов позволяет избежать их общетоксического действия и делает возможным комбинацию нескольких совместимых, но обладающих повышенной токсичностью антибактериальных средств, например, гентамицина в инъекции и стрептомицина эндоуретрально (Б. А. Самура и А. В. Дралкин, 1996).

Эндоуретральная терапия особенно показана в случаях снижения фертильности, обусловленной воспалительными изменениями в простате и семенных пузырьках, так как обычное применение большинства антибактериальных средств оказывает выраженный сперматотоксический эффект, продолжительность которого при местном медикаментозном лечении гораздо меньше.

Следует, однако, предостеречь от введения масляных композиций (даже с использованием весьма популярного облепихового масла) в связи с опасностью жировой эмболии, возможной при нарушении целостности сосудов уретры при ее чрезмерном расширении в момент введения.

Как указывалось, продлить действие применяемых композиций можно посредством добавки до 1% концентрации натрий-карбоксиметилцеллюлозы (NaКМЦ), подобно тому, как это делается в отношении глазных капель; NaКМЦ увеличивает адгезию лекарственной смеси в тканях, что позволяет существенно пролонгировать ее терапевтическое действие. Использование для этой цели желатина не столь рационально, так как он может послужить дополнительной питательной средой для находящейся в мочеиспускательном канале микрофлоры и, кроме того, стать субстратом, нейтрализующим действие протеолитических ферментов в инстиллируемых композициях.

Некогда широко применявшаяся уретральная инстилляционная терапия сейчас значительно утратила свое значение в связи с не вполне оправдавшимися надеждами на высокую эффективность сульфаниламидов и антибиотиков, а также из-за возросших требований к стерильности инструментов. Распространение одноразовых инструментов для этой цели позволяет надеяться на ее возрождение, ведь новое — это хорошо забытое старое.

Инстилляционный массаж предстательной железы

Предлагаемый нами инстилляционный массаж представляет собой комплексную терапевтическую процедуру, объединяющую улучшение дренирования простатических альвеол с освобождением их от застойного содержимого, а также стимуляцию кровообращения и местной тканевой резистентности паренхимы простаты с многопрофильным локальным же медикаментозным воздействием (антибактериальным, противовоспалительным, регенерирующим, обезболивающим и т.д.), что делает инстилляционный массаж весьма ценной для лечения хронического воспаления простаты терапевтически поливалентной процедурой.

Дополнительной стороной действия инстилляционного массажа является защита слизистой задней уретры от выделяющегося простатического секрета, а также санация уретрита и предупреждение дальнейшего восходящего аутоинфицирования простаты и семенных пузырьков. Помимо этого, массаж простаты позволяет врачу осуществлять постоянное наблюдение за состоянием железы.

Инстилляционный массаж может выполняться с произвольной периодичностью, от ежедневной до еженедельной, в зависимости от необходимости. Учитывая наличие морфофункциональных изменений в железе в случае хронического ее воспаления, эффективность массажа простаты можно существенно повысить, одновременно заполняя расширенные железистые альвеолы различными лекарственными композициями.

В этом случае появляется недостижимая при иных методах лечения возможность создавать непосредственно в альвеолах высокие медикаментозные кон-

центрации, обеспечивающие продолжительный лечебный эффект благодаря постепенной диффузии препарата в паренхиму.

Сама идея инстилляционного массажа не является новой. В частности, И. Ф. Юнда (1987) описывает массаж простаты на специальном перфорированном резиновом катетере, через который в уретру вводится раствор антибиотика. Автор указывает, что таким образом достигается более высокая концентрация препарата в тканях простаты, а также предупреждается инфицирование задней уретры и семенного бугорка. О. В. Проскура (1970) указывает на желательность введения антисептических растворов в мочевого пузырь перед массажем простаты с последующим мочеиспусканием после окончания процедуры.

Важным моментом инстилляционного массажа простаты является введение в уретру 5–7 мл лекарственной композиции. Это обеспечивает частичное непосредственное проникновение ее и в мочевого пузырь, благодаря чему может достигаться более продолжительный лечебный эффект.

По окончании введения в уретру лекарственной смеси пациент сжимает пальцами половой член у головки (или уретру в области венечной борозды сдавливают специальным зажимом), после чего выполняют массаж предстательной железы по обычной методике.

В процессе инстилляционного массажа количество лекарственной композиции и ее давление в задней уретре, а также степень проникновения лечебной смеси в простату можно регулировать, поглаживая промежность пальцами левой руки в направлении массирующего пальца. Через несколько минут после массажной процедуры сжатие уретры прекращают и остаток введенной композиции промокают салфеткой.

После процедуры инстилляционного массажа следует некоторое время воздержаться от мочеиспускания.

При наличии конкрементов простаты может наблюдаться окрашивание кровью выделяющихся из уретры остатков инстиллированной смеси. Это явление вполне объяснимо и подтверждает наличие сообщения между уретрой и ацинусом, содержащим камень. В случае присутствия в лекарственной композиции антибактериального и противовоспалительного компонентов, такая уретроррагия (простаторрагия?) не опасна, однако о ее возможности следует заранее предупредить пациента. Кроме того, в подобных случаях появляется вероятность проведения инстилляционного простатолитолиза.

Возможным вариантом инстилляционного массажа является повторное введение лекарственной композиции в уретру по окончании массажной процедуры. Этот вариант следует использовать в тех случаях, когда после массажа изменяются тонус и конфигурация железы, что свидетельствует об освобождении застойных альвеол от их содержимого.

Рецептура лекарственных композиций, применяемых для инстилляционного массажа, может быть различной и зависит от патогенетических особенностей, определяющих данную фазу заболевания, и связанных с ними конкретных терапевтических задач. Необходимые условия — отсутствие эффекта раздражения слизистой оболочки мочеиспускательного канала вводимой лекарственной смесью, а также взаимная совместимость входящих в нее компонентов. Одним из признаков (к сожалению, не абсолютных) допустимости местного применения медикамента является его использование для подкожного или внутримышечного введения, так как растворы для внутривенного применения могут иметь более высокие концентрации и реакцию, значительно отличающуюся

от нейтральной. Применение для уретральных инстилляций масляных растворов нежелательно, поскольку повреждение венозных сосудов слизистой при ее растяжении создает опасность жировой эмболии. Это не относится к масляным смесям, свободно, без повышения давления вводимым в уретру.

В качестве составных частей инстилляционных композиций могут применяться те же препараты, что и для безмассажной инстиллюции:

1) противомикробные (в широком смысле) препараты различных групп (в частности, для лечения трихомоноза могут использоваться уретральные инстиллюции 1% раствора трихомонацида, для лечения кандидоза — 1% раствора клотримазола);

2) протеолитики (химопсин, химотрипсин);

3) осмотически активные вещества (полиэтиленоксид-400 до общей 30% концентрации);

4) стимуляторы регенерации (метилурацил — 0,5–1,0 г на одну инстилляцию, инсулин, куриозин);

5) противовоспалительные средства (суспензия гидрокортизона, депомедрол);

6) антиоксиданты (дибунол);

7) вегетотропные препараты: симпатикотропные (атропин, платифилин) — для повышения и парасимпатикотропные (прозерин) — для снижения тонуса гладкой мускулатуры простаты и устьев семявыбрасывающих протоков;

8) пептидные биорегуляторы-цитомедины (простагилен);

9) растворы литолитиков (трилон Б, лимонная кислота).

Муколитиком местного действия является мистаброн (международное наименование — Mesna), или натриевая соль 2-меркаптоэтан-сульфоновой кислоты, выпускающаяся в ампулах 3 мл (600 мг); в упаковке 6 ампул. Мистаброн применяется в ингаляциях

при лечении бронхитов с затрудненным отделением мокроты, что дает определенные основания к его использованию для эндоуретральных инстилляций при лечении дивертикулярных форм простатитов.

Муколитическим и противовоспалительным действием обладает также ацетилцистеин, применяемый эндобронхиально для ингаляции в виде 20% раствора в ампулах по 5 и 10 мл. Смешивание ацетилцистеина и мистаброна с другими компонентами не рекомендуется в связи с их взаимной инактивацией.

Необходимо иметь в виду, что, поскольку в последующем значительная часть инстиллируемых препаратов выделяется с мочой, их дозы могут быть несколько выше предназначенных для введения внутрь.

Периодичность инстилляционного применения антибактериальных препаратов компенсируется их высокими локальными концентрациями, что в совокупности с другими компонентами комплексного лечения может быть охарактеризовано как интервальная антимикробная терапия.

Естественно, что при составлении лекарственных композиций необходимо учитывать совместимость применяемых медикаментов.

Помимо перечисленных групп лекарственных препаратов, в композиции могут входить и медикаменты с широкими фармакодинамическими свойствами. Среди них прежде всего нужно отметить диметилсульфоксид (димексид), обладающий комплексом полезных в данном случае качеств: противовоспалительным, анальгезирующим, слабым антибактериальным. Важной особенностью димексида является его уже упоминавшаяся способность восстанавливать чувствительность к лекарственным препаратам у флоры с выработанной во время предшествующего лечения устойчивостью к ним.

Это качество димексида значительно повышает эффективность антибактериальной терапии и существенно уменьшает ее зависимость от достоверности бактериологической диагностики и антибиотикограммы.

Достоинством димексида является также его повышенная способность всасываться, помогающая более глубокому проникновению других вводимых вместе с ним медикаментов.

Общая концентрация димексида в смеси не должна превышать 10–15%.

Добавление к инстилляционной композиции лидазы также повышает проницаемость стенок альвеол и облегчает поступление лекарственных веществ в межклеточное пространство.

В качестве перспективной составной части уретрально инстиллируемых композиций следует отметить мирамистин — препарат, обладающий антибактериальным эффектом, оказывающий ингибирующее действие на хламидии, а также имеющий местные иммунокорректирующие свойства. Поверхностно-активные качества, облегчающие проникновение мирамистина в выводные протоки ацинусов, делают его особенно ценным в лечении простатита. М. И. Ухаль и соавт. (1997) рекомендуют проводить массаж простаты и семенных пузырьков при хламидиозе после предварительной инстилляцией в уретру 0,01% раствора мирамистина.

Добавление в лекарственную композицию ампульного раствора желатина или натрий-карбоксиметилцеллюлозы повышает адгезию смеси и удлиняет время ее действия.

По-видимому, имеет определенную перспективу и использование при инстилляционном массаже липосом фосфолипидов — как адъювантов, повышающих эффективность применяемых медикаментов, пролонгирующих их действие и обладающих собствен-

ным муколитическим, противовоспалительным и эуметаболическим свойством.

Помимо вышеперечисленных, для инстилляционного массажа могут использоваться и другие лекарственные средства, допустимые для парентерального применения. При этом следует использовать препараты, эффективные при местном применении. Так, использование для эндоуретральных инстилляций определенных препаратов иммуномодулирующего действия может оказаться неэффективным в связи с центральным механизмом реализации их терапевтического эффекта.

Применяя эндоуретральные инстилляциии, следует помнить о возможности раздражения слизистой уретры (вплоть до ее ожогов и последующего развития стриктур) при использовании препаратов в высоких концентрациях, а также медикаментов, обладающих крайними значениями рН и другими агрессивными свойствами. Такими качествами, в частности, обладает доксициклин, концентрации которого выше 1 мг/мл не рекомендуются даже для внутривенного капельного введения (внутримышечно этот препарат вообще не применяется).

Для предупреждения таких осложнений рекомендуется в сомнительных случаях пользоваться пробным введением в уретру минимальных количеств раствора или иными способами проверки степени его раздражающего действия.

Чрезмерно длительное местное применение кортикостероидов снижает степень противовоспалительной активности тканей, поскольку уровень кортикостероидов в крови значительно ниже. Поэтому в течение инстилляционного цикла желательна постепенно уменьшать количество гидрокортизона в эндоуретрально вводимой композиции.

Применяя для разведения инстиллируемых пре-

паратов местные анестетики (новокаин, лидокаин), нужно помнить о кратковременности достигаемого при этом обезболивающего эффекта, а также о возможности их аллергизирующего действия и использовать эти препараты только в случае, если действительно необходимо улучшить переносимость определенных лекарств.

Для эндоуретральных инстилляций (инстилляционных массажей) могут использоваться следующие композиции и препараты.

Основная, к которой могут добавляться специфические ингредиенты:

Димексид 0,5

Далацин Ц 0,3

Гентамицин 4% — 0,5%

Депо-медрол 40 мг

Лидаза 64 УЕ

Р-р натрия хлорида 0,9% — до 5 мл

Данная композиция обладает собственным местным (потенцированные — широкий антибактериальный, противовоспалительный и обезболивающий эффекты) и общим (элиминация приобретенной устойчивости микрофлоры) действием.

Подобное же, но несколько менее широкое антибактериальное действие и меньшую проникающую способность имеет смесь следующего состава:

Димексид 0,5

Гентамицин 4% — 0,5

Гидрокортизон (сусп.) 5 мг

Р-р натрия хлорида 0,9% — до 5 мл

К этой основной композиции добавляют компоненты:

2–3 мл 1% раствора трихомонацида — при наличии трихомоноза;

простатилен — оказывает эупростатотрофный эф-

фект, а также стимулирует внутритканевое лимфатическое дренирование;

1 мл 1% раствора тиотриазолина — для регенерирующего и мембранопротекторного эффекта;

леворин — оказывает сочетанное антимикотическое и трихомонацидное действие;

инсулин (20–40 ЕД) — стимулирует регенерацию тканей;

трилон Б (3–4 мл 4% раствора) — оказывает простатолизитическое действие;

1–2 мл 2% раствора желатина или 1% раствора натрия-карбоксиметилцеллюлозы — для пролонгирования действия композиции благодаря повышению ее адгезии (это не относится к литолитическим смесям);

димексид (до общей 10% концентрации) — улучшает внутритканевое проникновение препаратов, оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие, способствует элиминации приобретенной устойчивости микрофлоры.

Порядок действий при инстилляционном массаже:

1) составить в шприце необходимую лекарственную композицию;

2) ввести в уретру шприцем с одноразовой универсальной канюлей CANAR приготовленную лекарственную смесь; наложить зажим на половой член или прижать его пальцами в области головки (перед инстилляцией и наложением зажима головку нужно обнажить, а крайнюю плоть оттянуть к корню члена);

3) выполнить массаж по обычной методике, периодически поглаживая промежность левой рукой по направлению к массирующему пальцу;

4) постмассажная экспозиция в течение 5–10 минут с последующим снятием зажима.

Перед инстилляционным массажем пациент дол-

жен освободить мочевого пузыря, а после процедуры по возможности дольше не мочиться.

Эффективность инстилляционного массажа может быть повышена, если сочетать его с процедурами, стимулирующими кровообращение в предстательной железе и оказывающими влияние на проницаемость ее клеточных мембран для медикаментов. В первую очередь это относится к фаллодекомпрессии (ЛОД-терапии), достаточно широко применяемой в андрологии и, как известно, оказывающей на простату выраженное рефлекторное действие.

В связи с декомпрессионным увеличением объема полового члена и последующим его возвращением к нормальным размерам улучшается также проникновение введенных лекарственных веществ в литтревеские железы уретры, что дополнительно способствует санации сопутствующего уретрита и уменьшает степень трансуретрального суперинфицирования предстательной железы.

Параллельное воздействие в проекции простаты низкоинтенсивным лазерным излучением активизирует микроциркуляцию в зоне облучения, увеличивает концентрацию находящихся в простате лекарственных компонентов и пролонгирует их действие.

Комбинация указанных воздействий может производиться в следующем порядке:

- 1) фаллодекомпрессия до достижения максимального объема полового члена;
- 2) эндоуретральная инстиляция с наложением зажима на половой член;
- 3) массаж простаты;
- 4) лазерное воздействие на простату;
- 5) снятие зажима.

Синергизм составляющих данного терапевтического комплекса существенно увеличивает суммарный лечебный эффект.

Сравнительная эффективность классического и инстилляционного вариантов массажа простаты у одного и того же пациента особенно заметна при переходе от обычной методики к вышеописанной в течение одного и того же массажного курса.

Суппозитории (свечи) в лечении простатита

Использование свечей при лечении простатита традиционно, однако значение этого метода не следует переоценивать. Эффективность применения суппозитория бесспорна при ряде заболеваний прямой кишки, но в терапии заболеваний простаты их роль, по видимому, несколько скромнее, так как непосредственное проникновение в железу лекарственных компонентов через слои кишечной стенки, фасцию Денонвиллье, венозное сплетение и собственную капсулу простаты маловероятно, и, по всей видимости, действие входящих в свечу компонентов осуществляется главным образом через общее кровяное русло. При этом нужно иметь в виду, что препараты, всасывающиеся в прямой кишке, не попадают в систему воротной вены и, следовательно, не подвергаются изменению в печени, что может обеспечивать их более высокую концентрацию.

Это, в частности, относится к суппозиториям с рифампицином (И. С. Камышан и соавт., 1986).

Помимо действия, связанного с ректальным введением лекарственных веществ в организм, использование свечей оказывает выраженный опосредованный психотерапевтический эффект, вследствие чего их традиционное применение в комплексе лечения простатита оспаривать трудно.

Хорошо зарекомендовала себя следующая пропись:

Rp.: Analgini

Antipyrini aa 0,3

Butadioni 0,2

Novocaini 0,1

Furacilini 0,05

Extr. Belladonnae 0,015

But. Cacao ad 2,0

D.t.d. N30 in supp.

S. По 1 свече в задний проход утром и на ночь.

Если необходимо уменьшить тонус мускулатуры простаты и семявыбрасывающих протоков, в данной рецептуре экстракт белладонны заменяют прозерпином в той же дозировке.

Перспективно применение при простатите свечей с тиотриазолином (0,5 г на свечу), обладающих комплексным противовоспалительным, антиоксидантным и мембраностимулирующим эффектом (С. М. Дроговоз, 1995). На основании существующих литературных данных о характере действия тиотриазолина нами совместно с А. С. Горленко и И. Г. Труновой проведена предварительная апробация данного препарата в свечах для больных простатитом, результаты которой позволяют надеяться на его эффективность. Важным свойством тиотриазолина является его гепатопротекторное действие, благодаря которому снижается риск осложнений со стороны печени при лечении некоторыми препаратами повышенной токсичности.

Следует иметь в виду, что пациенты обычно склонны применять для самолечения простатита любые суппозитории, независимо от их состава, в том числе геморроидальные, что подтверждает психотерапевтическую опосредованность эффекта этой лекарственной формы. Особым успехом у больных в последнее время пользуются свечи с прополисом.

Помимо медикаментозных свечей, в практике лечения простатита используются также магнитные свечи (Л. Я. Резников и соавт., 1984).

Микроклизмы в лечении простатита

Микроклизмы относятся к числу процедур, традиционно используемых в лечении простатита. Основанием для этого является их сочетанное термо-медикаментозное действие.

Ректальное применение медикаментов по эффективности почти эквивалентное пероральному, позволяет избежать ослабления их действия вследствие инактивации в печени и одновременно значительно снизить гепатотоксичность и повысить концентрацию в крови.

В прямой кишке всасываются вода, соли, глюкоза, аминокислоты, изотонические протеолизаты (простатилен) и другие вещества с молекулярной массой средних значений. Ректально вводить можно даже гормоны, поскольку в прямой кишке нет протеолитических ферментов. В частности, можно использовать микроклизмы с пантокрином.

Лучшему всасыванию лекарственных препаратов в прямой кишке способствует наличие в композиции димексида, содержание которого, однако, должно быть не более 10% из-за возможного временного раздражающего действия на слизистую оболочку прямой кишки.

Назначая микроклизмы, следует объяснить пациенту, что введенная в прямую кишку лекарственная композиция должна всосаться, т.е. стул после постановки микроклизмы будет означать, что лечебная

процедура не удалась. Условиями для всасывания введенной жидкости является ее небольшой объем (не более 100 мл) и температура примерно 40–45°C.

Микроклизмы применяют обычно перед сном. В качестве лекарственных веществ в микроклизмах используют водные настои ромашки, календулы, шалфея или пустырника, которые перед постановкой микроклизмы заваривают кипятком. После остывания настоя до указанной температуры (проверяется прикосновением тыльной стороны кисти к сосуду) лекарство вводят в прямую кишку.

Водные настои трав можно заменить 1 чайной ложкой спиртовых настоек (календулы, пустырника или ромашки — ромазулан), которые перед введением разбавляют в 100 мл теплой воды.

В настой можно добавить 1,0 г антипирина или 10 капель йодной настойки (Б. Н. Хольцов, 1927).

В качестве средства для микроклизм некоторые врачи иногда рекомендуют теплое коровье молоко. Можно предположить, что козье молоко оказывало бы в этом случае более выраженное целебное действие, а микроклизма из птичьего молока исцеляла бы простатит моментально.

Как и при лечении суппозиториями, здесь трудно предполагать непосредственное действие лекарства на предстательную железу, однако эффективность микроклизм при простатите очевидна и не нуждается в доказательствах.

Микроклизмы обычно используются параллельно с антибактериальными средствами — как завершающий этап более активных локальных процедур или в качестве самостоятельного терапевтического воздействия при нерезко выраженной болевой симптоматике.

Важнейшим поводом к применению микроклизм является возможность использовать в них димексид

(к лекарственному настою добавляют две чайные ложки). Помимо уже упомянутого свойства димексида устранять приобретенную лекарственную устойчивость микрофлоры, он оказывает выраженный обезболивающий и противовоспалительный эффект, обладает некоторым собственным антибактериальным действием, улучшает всасывание вводимых в микроклизме лекарственных компонентов. Недостаток димексида, о котором необходимо предупреждать пациента, — возникающий при его применении неприятный запах, исходящий от тела человека. Запах этот может ощущаться по-разному, что, видимо, связано с особенностями метаболизма (как запах капусты, лука, вареной кукурузы, тыквы и т.д.), быть и едва заметным, и резким, который с трудом переносится окружающими.

Гирудотерапия простатита

Применение медицинских пиявок в лечении простатита практически известно очень мало, хотя механизмы гирудотерапии хорошо соответствуют патогенезу воспаления простаты. Выделяемый пиявками гирудин способствует улучшению микроциркуляции (в том числе лимфатической), устранению ишемии, повышению проницаемости стенок капилляров, уменьшению отека и набухания тканей, оптимизации межсистемных взаимоотношений в очаге заболевания. Следствием перечисленных свойств гирудина является выраженный анальгетический эффект гирудотерапии (В. А. Савинов, 1993).

Применяя для лечения простатита пиявки, надо учитывать состояние иммунитета на случай нарушения защитной зоны вокруг очага и распространения

инфекции за его пределы. Таким образом, острые воспалительные процессы, локализованные в области аппликации пиявок, являются противопоказанием к гирудотерапии.

Одним из показаний к гирудотерапии при простатите можно считать веностаз предстательной железы, проявляющийся в виде никтурии и несколько затрудненного мочеиспускания и ведущий к усугублению альтеративных и склеротических изменений в простате (О. Л. Тиктинский и соавт., 1985).

Пиявки при простатите ставят на точки, расположенные в 3 см по обе стороны от ануса, по схеме буквы «Х», где центр буквы обозначает задний проход, а концы — места постановки пиявок.

Другой вариант — пиявки устанавливают, отступя на 1,5–2 см по обе стороны от срединного шва промежности (постановки пиявок непосредственно на шов следует избегать).

На один сеанс обычно используются четыре пиявки, курс лечения состоит из 4–5 процедур, с перерывом 5–6 дней.

Пиявки могут быть использованы повторно. Для этого пиявку сразу же после отпадения нужно освободить от крови, протянув за хвостовой конец между сжатыми пальцами, и подержать несколько дней в банке с водой, после чего у нее вновь появляется аппетит, исцеляющий пациента.

Аутовакциноterapia

Как и другие антибактериальные методы, применяемые в лечении простатита, аутовакциноterapia не является радикальной терапевтической мерой, тем не

менее ей может принадлежать определенная роль в комплексном лечении этого заболевания.

Эффект проводимой аутовакцинотерапии, однако, может не достигаться по следующим причинам: из-за трудности идентификации и выделения флоры, участвующей в патогенезе хронического простатита; большой вероятности изготовления вакцины из флоры, лишь сапрофитирующей в уретре, но выросшей при посеве секрета простаты; изготовления препарата лишь из одного представителя клинически значимой полимикробной ассоциации; представления об инфицированности простаты как об этиологическом, а не патогенетическом факторе.

Даже если достигнутый иммунитет достаточен по отношению к флоре, существующей в простате, последующее присоединение к сохраняющимся в железе морфофункциональным изменениям других штаммов микроорганизмов, всегда присутствующих в задней уретре, вскоре сводит на нет полученный терапевтический эффект.

Одним из компонентов терапевтической активности аутовакцин является их неспецифическое иммуностимулирующее действие, аналогичное действию гоновакцины, пирогенала, полиобиолина и других подобных препаратов. При этом надо иметь в виду, что если уже имеется иммунизация собственным простатическим антигеном или существует аутоиммунная форма мужского бесплодия, эффект вакцинотерапии может оказаться направленным на паренхиму простаты или яичек.

С учетом вышесказанного аутовакциноterapia в сочетании с прочими клинически адекватными терапевтическими методиками может использоваться в комплексном лечении хронического простатита.

Использование простатилена в лечении простатита

Простатилен представляет собой натуральный, выделенный из предстательной железы крупного рогатого скота органотропный пептид, обладающий комплексным эупростатотрофическим действием и способствующий восстановлению функций простаты в случае их угнетения в результате патологического процесса или старения.

Нормализуя процессы репарации в железе, простатилен способствует уменьшению выраженности таких симптомов хронического простатита, как дизурия, а также оказывает положительный эффект при некоторых формах экскреторно-токсического бесплодия, при интероцептивных расстройствах копуляции и даже при начинающейся аденоме простаты (В. Н. Ткачук, А. Г. Горбачев, В. Х. Хавинсон, 1991; А. Ф. Возианов, И. И. Горпинченко, Н. И. Бойко, Г. Н. Дранник и В. Х. Хавинсон, 1991).

При экспериментальном исследовании терапевтической активности простатилена выявлен его противовоспалительный эффект, превышающий таковой у раверона.

Под влиянием простатилена отмечено также увеличение массы тестикул, простаты и семенных пузырьков у крыс, наблюдалась стимуляция сперматогенеза. Исходя из этого можно предположить участие простатилена в создании условий, обеспечивающих интрапростатическую андрогенную трансформацию.

Простатилену присущ иммуномодулирующий эффект, проявляющийся в увеличении числа Т-лимфоцитов, повышении функциональной активности Т-клеток в реакции бласттрансформации лейкоцитов и их фагоцитарной активности.

Применение простатилена в свечах сопровождалось выраженным клиническим эффектом, в связи с чем, учитывая его небольшую (около 10 000) молекулярную массу, можно рассчитывать на эффективность этого препарата и в микроклизмах.

Клинические исследования простатилена выявили усиление либидо, увеличение продолжительности полового акта, повышение качества эрекции, возрастание остроты оргастических ощущений, нормализацию секрета простаты. В. Н. Ткачук, А. Г. Горбачев и В. Х. Хавинсон (1991) описали действие простатилена как регулятора ряда защитных функций — репаративных и продуктивных, клеточных иммунных реакций и др.

На фоне лечения простатиленом отмечено также улучшение качества эякулята (А. Ф. Возианов и соавт., 1991).

Физиотерапия и лазеротерапия

Значение физиотерапии в лечении простатита общеизвестно. Различные ее направления оказывают на предстательную железу противовоспалительное, обезболивающее, биорегуляторное, антимикробное и другие положительные воздействия. Особое место в действии большинства физиотерапевтических процедур занимает улучшение гемодинамики в предстательной железе и малом тазу.

Не ставя перед собой задачу всесторонне осветить возможности физиотерапии простатита, отметим лишь основные особенности некоторых аппаратных методик, доступных для применения в большинстве лечебных учреждений.

Применение различных физиотерапевтических

процедур в комплексном лечении хронического простатита играет существенную роль. Их использование имеет целью как непосредственное воздействие на предстательную железу физических агентов с целью нормализации функциональных и патологических изменений, так и электрофоретическое введение лекарственных препаратов в паренхиму органа.

К первой группе физиотерапевтических методов следует прежде всего отнести лазеротерапию, а также воздействие переменным магнитным полем (магнитотерапию) и высокочастотными полями (УВЧ или микроволновую терапию).

Локальное воздействие переменным магнитным полем способствует нормализации сосудистого тонуса, что существенно важно в лечении простатита, особенно его ранних форм. Достоинством этого вида лечения является улучшение микроциркуляции в железе, противоотечное действие, стимуляция репаративных процессов и местной тканевой сопротивляемости.

Имеются данные об эффективности применения в лечении простатита воздействия постоянным магнитным полем. Л. Я. Резников и соавторы (1984) использовали интаректальное введение на ночь в течение двух недель магнитных свечей с напряженностью поля 70–90, 150–180 и 270–340 эрстед.

Существенным свойством магнитотерапии, а также УВЧ и микроволновой терапии является выраженный обезболивающий эффект, связанный с уменьшением отека тканей и повышением порога раздражения болевых рецепторов.

Обезболивающее действие присуще также диадинамотерапии, представляющей собой воздействие полусинусоидальными модулированными токами, которые способствуют поляризации клеточных мембран и повышению их проницаемости. Эти качества дела-

ют особенно действенным сочетание диадинамотерапии с общей антибактериальной терапией, облегчая проникновение медикаментозных средств через простатический барьер. Этот эффект может быть существенно усилен при использовании ионофоретических свойств диадинамических токов (И. Н. Наталуха, 1990).

Повышению местной тканевой проницаемости способствует воздействие ультразвуком, которое применяется для транспорта через ткани лекарственных препаратов антибактериального и противовоспалительного (кортикостероиды) действия. Использование трансректальной ультразвуковой терапии рекомендуется в лечении простатодинии и абактериального простатита, а также в терапии его лекарственноустойчивых форм (Nishimura T., 1993).

И. В. Карпунин (1983), исследовавший эффективность трансректального фонофореза антибиотиков у больных хроническим неспецифическим простатитом, пришел к выводу, что при ректальном фонофорезе антибиотики проникают в секрет предстательной железы в достаточных концентрациях. Отмечено, что максимальное накопление препарата при фонофорезе достигается через 2 часа после процедуры и бактериостатическая концентрация сохраняется в продолжении 24 часов, что делает однократное проведение локальных процедур вполне достаточным. Автором также отмечено, что одним из механизмов проникновения антибиотиков в предстательную железу является усиление кровообращения в ней.

Особенностью транспортных свойств ультрафонофореза, отличающей его от таковых при ионофорезе, является способность ультразвука повышать степень всасываемости слабоионизирующихся и потому не пригодных для электрофореза лекарственных препаратов.

В. С. Рябинский, А. Р. Гуськов, В. А. Голубчиков и соавт. (1984) описывают положительные результаты применения прямой электрической стимуляции предстательной железы с помощью монополярного электрода, вводимого эндоуретрально. Авторами сделан вывод, что данное воздействие является мощным патогенетическим методом лечения хронического простатита, осложненного половыми расстройствами.

Рассмотренные физиотерапевтические методы не являются единственно возможными в комплексном лечении хронического простатита.

В последние годы получило широкое распространение лечение хронического простатита лазерным излучением (Т. Б. Датушвили и А. А. Лахмотко, 1994; К. Д. Паникратов и соавт., 1997; В. И. Редькович и соавт., 1997).

Лазерная терапия малой мощности не вызывает побочных эффектов, мобилизует защитные силы организма, оказывает обезболивающее, седативное и стимулирующее действие. Лазерное излучение активизирует химические реакции, способствующие повышению уровня тканевого обмена. Когерентное излучение нормализует энергетический гомеостаз, питание и капиллярное кровообращение в тканях (Б. В. Ясинский и соавт., 1989).

И. Н. Данилова и соавт. (1985) при лечении больных хроническим простатитом отметили выраженный терапевтический эффект воздействия низкоэнергетического лазерного излучения на железу с помощью специального лазерного ректального зонда со световодом.

Об использовании для лечения больных хроническим простатитом низкоинтенсивного гелий-неонового лазера ОКГ-12 с длиной волны 632,8 нм сообщают также М. Г. Арбулиев с соавт. (1988), отметившие повышение эффективности антибактериальных пре-

паратов при воздействии лазерного излучения на соответствующие акупунктурные точки. Купирование болевого синдрома, рассасывание воспалительных инфильтратов простаты, нормализация показателей секрета происходили значительно раньше, нежели в контрольной группе. Побочных явлений лазеротерапии авторы не наблюдали.

А. Ф. Возианов и соавт. (1991) также использовали для лечения больных хроническим простатитом низкоэнергетический монохроматический гелий-неоновый лазер АФЛ-1 для воздействия на корпоральные и аурикулярные биологически активные точки. Положительный результат, по данным авторов, был достигнут почти у 90% больных.

Трансуретральная микроволновая терапия

К числу сравнительно новых методов лечения заболеваний простаты (преимущественно ее аденомы) относится микроволновое воздействие на железу аппаратами типа «Термэкс» или «Простатрон», которые с помощью введенного в простатический отдел уретры зонда-генератора создают концентрированное радиочастотное поле — под его действием в простате возникает локальная гипертермия около 45–60 °С. В статье J. Curtis Nickel and Ron Sorensen (JUAU, № 6, 1996) приводятся положительные результаты однократного применения этого метода в сравнении с контрольным имитирующим его воздействием.

В результате отмечено достоверное уменьшение простатодинии и улучшение большинства других субъективных симптомов, семикратно превышающее таковые в контрольной группе. Механизм действия

данного вида лечения заключается в термической денатурации с последующим лизисом протоплазматического белка клеток простаты, непосредственно прилегающих к зонду-генератору.

В работе, к сожалению, отсутствуют данные о динамике иммунограммы под влиянием микроволновой терапии, однако можно предположить наличие стимуляции аутоиммунных процессов при аутолизе денатурированного простатического белка.

Следует подчеркнуть, что как в упомянутой статье, так и в цитированных в ней источниках приводятся данные о лечении абактериальных форм простатита, протекающих преимущественно с функциональными, а не с органическими (деструктивными) изменениями. Кроме того, в статье не указываются отдаленные результаты проведенного высокочастотного эндоуретрального гипертермического воздействия, в связи с чем описанный положительный эффект, видимо, нельзя считать радикальным.

По данным Choi N. G. et al. (1994) и Meguro N. et al. (цит. по С. Х. Аль-Шукри и соавт., 1996), эффективность микроволновых трансуретральных и трансректальных гипертермических воздействий при хроническом простатите недостаточно высока, наблюдаются такие побочные эффекты, как гемоспермия, эпидидимиты и уменьшение объема эякулята.

Используя данный метод для лечения простатита у молодых людей, следует также иметь в виду возможность тератогенного действия и длительного подавления сперматогенеза в результате концентрированного микроволнового излучения в области гонад.

Озонотерапия

Одним из активных методов биологического воздействия на организм является озонотерапия, которой свойствен комплекс различных положительных эффектов: иммуномодуляция, антибактериальное, противовирусное и фунгицидное воздействие, улучшение микроциркуляции и репарации, поддержка антиоксидантной защиты, усиление обменных процессов.

В лечебной практике используются различные варианты озонотерапии, начиная от внутримышечного введения собственной озонированной крови и кончая местным использованием жидкостей, содержащих озон (В. А. Максимов, А. Л. Чернышев, С. Д. Каратаев, 1997). Диапазон применения озонотерапии также достаточно велик, в частности, она применяется в гинекологии и при лечении воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы, в том числе при гонорее и генитальном герпесе.

Это дает основания предполагать возможность получения положительного эффекта в результате интрапростатической инстилляций озонсодержащих лекарственных композиций при хроническом простатите.

Лечение при камнях простаты

Наличие камней в простате существенно осложняет течение хронического простатита и затрудняет его терапию, поэтому разработка и применение методов лечения простатолитиаза приобретает актуальное значение.

Массаж простаты с предварительной эндоуретраль-

ной инстилляцией камнерастворяющей композиции, содержащей трилон Б и лимонную кислоту (Ю. А. Пытель и др.; Н. И. Калинин, 1972), способствует разрыхлению камней простаты и уменьшению их размеров, что дает основания предполагать возможность дальнейшего усовершенствования методики эндопротатического литолиза.

При этом, естественно, лечебный эффект применения литолитических композиций возможен лишь в случае, если простатические полости, содержащие камни, сообщаются с уретрой. Одним из клинических признаков достаточно открытого ацинуса является гемоспермия при ультразвукографически подтвержденном простатолитиазе.

Инстилляционно-массажное воздействие на простатические конкременты дает возможность:

1) вытеснить конкремент в уретру. Данный эффект нечаст, однако наблюдался в практике. С этой целью массажные усилия следует прилагать перпендикулярно поверхности железы, направляя движение камня в сторону альвеолярного устья;

2) разрыхлить камень, находящийся в открытой полости, применяя для этого инстилляционные литолитические композиции. Использование в эксперименте 2–4% растворов этилендиаминтетраацетата натрия (трилона Б) и лимонной кислоты доказало возможность растворения камней простаты, изъятых при аутопсиях. Уменьшение прочности камней при литолизе делает более успешной последующую литотрипсию (E. Dormia and al., 1997). Литолитическое снижение плотности простатических конкрементов наблюдалось также в практике и зафиксировано на распечатках ультразвукографической картины. Нужно отметить, что действие литолитиков в эксперименте, видимо, несколько слабее, нежели *in vivo*, в связи с коагуляцией белковых фракций конкремента под дей-

ствием раствора формалина, консервирующего экспериментальный материал.

Для лучшего проникновения в простату и в камни литолитических композиций необходимо вводить в их состав протеолитические ферменты (трипсин, химопсин) и лидазу. Определенный эффект в этом случае оказывает применение (альфа-адреноблокаторов (тамсулозин, омник), уменьшающих тонус простаты и улучшающих дренирование ацинусов;

3) разрушить массажными движениями предварительно разрыхленный камень. На такую возможность при использовании массажа на буже указывает Б. Н. Хольцов (1927). Помимо этого, массаж на буже способен привести к разрушению участка ткани, отделяющей содержащую камень замкнутую полость от уретры, создав таким образом возможность для проведения литолитической терапии. К сожалению, это может быть чревато вполне реальной опасностью травмирования простатической части мочеиспускательного канала и последующей уретроррагии. Возникшее кровотечение может быть остановлено эндоуретральной инстилляцией 2—3 мл раствора тромбина.

Составы применявшихся в нашей практике литолитических композиций:

1. Раствор трилона Б 4% — 200 мл
Димексид — 20 мл
2. Раствор трилона Б 2% — 100 мл
Раствор лимонной кислоты 2% — 100 мл
Димексид — 20 мл.

В шприце к 5 мл данной смеси добавлялось небольшое количество 4% раствора гентамицина и 2,5% суспензии гидрокортизона для профилактики обострения воспалительного процесса, после чего с помощью шприцевой канюли CANAR вводили лекарственную композицию в уретру и удерживали в ней пениальным зажимом-скобкой. В течение процедуры

массажа простаты раствор частично проникал в содержащие конкременты простатические ацинусы и оказывал соответствующий эффект, зафиксированный на проводившихся на протяжении курса УЗИ-граммах.

Следует иметь в виду, что при динамическом графическом контроле, который проводится в ходе литолитической терапии камней простаты, их локализация, размеры и конфигурация могут меняться в связи со смещениями оси в результате массажных воздействий.

Нужно сказать, что процесс простатолизиса протекает достаточно медленно, но из-за отсутствия более эффективных методик все же является целесообразным. Достигнутое в процессе литолиза разрыхление конкремента не может быть основанием для прекращения лечения, так как образовавшиеся мелкие фрагменты в свою очередь могут стать центрами образования и роста новых простатических камней.

Необходимо помнить, что массажно-литолитическая терапия для пациентов среднего и пожилого возраста должна проводиться только при нормальном уровне простатоспецифического антигена (ПСА), превышающемся при раке предстательной железы.

Хирургическое лечение хронического простатита

Оперативное лечение хронического простатита практически не применяется, хотя в литературе (В. Н. Ткачук и соавт, 1989) говорится о возможности выполнения трансуретральной резекции простаты при окклюзии ее ацинусов и развитии в ней значительных ретенционных изменений. Указывается также на

целесообразность хирургического лечения при камнях простаты или выраженном склерозе железы (В.С.Карпенко, 1984).

Е. М. Meares и Т. А. Stamey (1968) впервые произвели трансуретральную электрорезекцию простаты пациенту с хроническим бактериальным простатитом с целью устранения обструкции фолликулов. В последующих своих работах они отметили удовлетворительные результаты в 33% случаев трансуретральных резекций (ТУР) при хроническом простатите.

С. J. Smart и J. D. Jenkins, используя ТУР при бактериальных и абактериальных хронических простатитах, получили 50% удовлетворительных результатов.

Трансуретральную резекцию предстательной железы у 23 больных хроническим простатитом, осложненным камнями простаты и явлениями инфравезикальной обструкции, применили также В. Я. Симонов и соавт. (1984). Положительный эффект был достигнут у 20 пациентов. Аналогичные результаты приводят К. А. Великанов и соавт. (1984), выполнившие 5 трансвезикальных и 25 трансуретральных операций у пациентов с обструктивно-стенозирующими формами простатита. Положительный эффект наблюдался у 4 больных первой и 19 больных второй группы. Авторы отмечают, что хирургическое лечение способно разорвать порочный круг, взаимообуславливающий нарушения микроциркуляции в простате и ее дренажную функцию.

Одним из методов хирургического лечения простатических кист является их трансуретральная марсупиализация (Dik P. и соавт., 1996).

А. Ф. Даренков и соавт. (1989), говоря о показаниях к трансуретральной резекции, считают, что она может применяться при хроническом простатите, с условием наиболее детальной диагностики и отбора больных, учетом состояния уродинамики нижних

мочевых путей (синдрома инфравезикальной обструкции), тяжести имеющейся симптоматики и высокой степени морфологических изменений в предстательной железе, а также при наличии калькулеза простаты. Авторы применили ТУР у 102 больных с осложненным хроническим простатитом и отметили общий хороший эффект у 55% больных, удовлетворительный — у 36%, а у 9% больных лечение оказалось безрезультатным.

Предшествующая ТУР эндоуретральная инстиляция лекарственных композиций антибактериального и противовоспалительного действия (универсальной шприцевой канюлей CANAR) способна существенно уменьшить вероятность осложнений после процедуры.

Используя в лечении простатита хирургические методы, следует помнить о возможности утраты оплодотворяющей способности после операций в области задней уретры из-за развития транслокационного ретроградного семяизвержения и рубцевания устьев d.d. ejaculatorii.

По мнению А. Ф. Даренкова и соавт. (1989), учитывая весь комплекс возможных осложнений, сопряженных с хирургическими методами лечения простатита, их можно рекомендовать только в качестве последней меры при резко выраженной симптоматике, длительном течении и полной неэффективности всех проведенных консервативных вариантов.

Хронический простатит при гиперплазии предстательной железы

Изучение вопросов оптимизации лечения больных гиперплазией предстательной железы приводит к выводу, что основная часть послеоперационных осложнений гнойно-воспалительного и обструктивного характера зависит не столько от особенностей примененных методов, сколько от характера дооперационных заболеваний, осложняющих течение гиперплазии простаты (пиелонефрит, цистит и особенно хронический простатит).

Важность своевременной дооперационной диагностики воспалительных заболеваний органов мочевой и половой систем подчеркивается многими исследованиями. Так, М. И. Каплун (1984), исследуя трупы мужчин 30–40 лет, погибших в результате несчастных случаев, в 58,3% случаев выявил в простатах гистологические признаки хронического воспаления.

Можно предположить, что в более старшем возрасте, когда развивается гиперплазия предстательной железы, этот процент становится значительно выше. А. И. Абрикосов еще в 1950 г. по данным аутопсий указывал на возможность гнойного воспалительного процесса в простате при ее аденоме, достигающего порой уровня абсцедирования. Б. У. Джарбусынов и соавт. (1984) отмечали сочетание гиперплазии предстательной железы и простатита у 64% оперированных больных.

А. Л. Шабад и соавт. (1994) обследовали до опера-

ции 287 больных гиперплазией простаты и у 232 (80,8%) из них выявили различные воспалительные заболевания мочеполовых органов: хронический пиелонефрит — у 62,0%, хронический цистит — у 67,8% и хронический простатит — у 79,9% больных. Сравнение результатов лечения двух групп больных, разделенных по возрасту, стадиям процесса, сопутствующим заболеваниям и характеру оперативных вмешательств, показало, что у больных, получавших комплексную антибактериальную терапию до операции и в послеоперационном периоде, количество ранних и поздних осложнений было вдвое меньше, чем в контрольной группе, и соответственно короче была средняя длительность пребывания в стационаре — 12,3 против 23,4 дня.

Эта зависимость подтверждалась и нашими исследованиями секрета предстательной железы у больных перед аденомэктомией. После операции удаленная гиперплазированная ткань также подвергалась бактериологическому и гистологическому исследованию.

В результате было установлено, что увеличенное число лейкоцитов в секрете наблюдалось у 55% первичных плановых больных и у 82% пациентов с имеющейся цистостомой, камнями мочевого пузыря, острой задержкой мочи и предшествующими катетеризациями в анамнезе.

Частота гистологически подтвержденного воспаления в удаленных аденоматозных узлах у этих же больных составила 70%.

В некоторых случаях при ультрасонографическом исследовании простаты удавалось выявлять в ней микроабсцессы. В двух случаях величина этих абсцессов достигала 0,8 и 1,2 см.

Учитывая полученные данные, в течение последних трех лет мы не подвергали оперативному лечению больных гиперплазией простаты с выявленными

воспалительными заболеваниями органов мочеполовой системы без предварительного комплексного антибактериального лечения, с тем чтобы санировать имеющиеся у них инфекционные очаги. При этом имелось в виду, что если полное излечение хронического простатита, осложняющего гиперплазию простаты, невозможно, то добиться снижения остроты воспаления совершенно необходимо. Проведение в стационаре длительного курса лечения простатита у больных, нуждающихся в оперативном лечении по поводу гиперплазии простаты, экономически нецелесообразно, в связи с чем это лечение желательно проводить амбулаторно.

Следует отметить, что трудность лечения хронического простатита, осложняющего гиперплазию простаты, чаще всего обусловлена имеющимися в данном случае нарушениями кровообращения в железе. В течение последних лет в комплексной терапии таких больных нами использовалось низкоинтенсивное лазерное воздействие, обладающее, как известно, комплексным противовоспалительным, антимикробным, противоотечным, обезболивающим и иммунокорригирующим эффектом, что значительно повышало результативность проводимого лечения.

Для ректальной полостной терапии использовался аппарат «Изель-П», имеющий источники непрерывных низкоэнергетических лазерного и светодиодного излучений (длина волны 0,85 и 0,95 мкм и плотность излучения 1,5 и 20 мВт/см² соответственно). Курс лечения составлял от 6 до 10 ежедневных процедур при длительности экспозиции 5–7 минут.

Учитывая эффективность комплексного лечения с использованием аппарата «Изель-П», его применяли также в стационаре для послеоперационной профилактики гнойно-септических и обструктивных осложнений у аденомэктомированных больных. При-

нимая во внимание свойственную комбинированному лазерно-светодиодному излучению способность стимулировать регенераторные процессы, мы провели данный вид лечения больным с комбинированной воспалительно-гиперпластической патологией простаты как до операции, так и в послеоперационном периоде в связи с повышенной вероятностью развития у них осложнений после хирургического лечения.

Используя это лечение у 34 послеоперационных больных, мы не получили ни одного случая обструктивных осложнений при последующем наблюдении за ними в течение двух лет.

Анализируя частоту и характер послеоперационных осложнений у больных с доброкачественной гиперплазией простаты и простатитом, мы отметили, что чаще всего гнойно-воспалительные осложнения у них наблюдались после трансуретральной резекции простаты (58,8%), реже при чрезпузырной надлобковой (35,8%) и еще реже (19,7%) после внепузырной позадилобковой аденомэктомии.

При изучении характера воспалительных осложнений выявлено, что при аденомэктомиях они примерно однородны и разнятся только количественно, а при трансуретральной резекции доминирует послеоперационный цистит (54% из 58,8%). Это можно объяснить следующим. Во-первых, у 29 пациентов до операции имелся надлобковый мочепузырный свищ, а у 14 — гиперплазии сопутствовал уролитиаз. Во-вторых, у 60% пациентов в удаленных при ТУР аденоматозных тканях были обнаружены воспалительные изменения, достигающие порой степени абсцедирования. При этом нужно принимать во внимание, что если в открытых оперативных вариантах аденома удаляется целыми долями или даже единым блоком, то при трансуретральной резекции идет постепенная фрагментация инфицированной ткани с раскрытием

всех имеющихся гнойных полостей и обсеменением ложа аденомы и шейки мочевого пузыря их содержанием. Кроме того, послеоперационный цистит могут обуславливать и поддерживать мелкие частицы ткани аденомы и ее капсулы, которые при любой технике электрорезекции остаются на коагулированной раневой поверхности простаты.

Источниками инфекции у больных простатитом при трансуретральной резекции аденомы могут быть также флора задней уретры, инфицированная моча, очаги ретенции в простате, содержащие нагноившийся секрет, а также ретроградное распространение имеющейся флоры при введении эндоскопического инструментария, уретральных катетеров и ирригационных растворов.

Отягощают ситуацию у этих больных изменения свойств микрофлоры: повышение ее агрессивности, появление факторов защиты от противомикробных препаратов (выработка бета-лактамаз) и способности передавать приобретенные патогенные свойства и устойчивость. Все это значительно затрудняет проведение антибактериальной терапии при возникающих осложнениях и соответственно повышает значимость профилактических предоперационных мероприятий.

В НИИ урологии Российской Федерации разработана и апробирована антимикробная терапия методом «кинетического удара», которая заключается в струйном внутривенном введении антибиотиков во время операции и в течение нескольких суток после нее (Т. С. Перепанова и соавт., 1991).

С учетом вышеизложенного предлагается следующий комплекс мер по профилактике гнойно-воспалительных осложнений и послеоперационных кровотечений у аденомэктомизированных пациентов с сопутствующим хроническим простатитом.

1. Своевременная диагностика гиперплазии пред-

стательной железы и обоснованный отбор больных для хирургического лечения с преимущественным использованием радикальных одномоментных оперативных пособий.

2. Возможно более полная санация выявленного хронического простатита. В сомнительных случаях следует проводить биопсию простаты для обнаружения воспалительных изменений.

3. Включение в комплекс дооперационного лечения локальной низкоинтенсивной лазеротерапии.

4. Активная антимикробная терапия, которая должна проводиться до полной санации мочи и продолжаться в течение 5—7 дней после удаления послеоперационного уретрального катетера или мочепузырных дренажей.

5. Обработка ложа аденомы пенообразующим антисептиком после энуклеации аденоматозных узлов, с тем чтобы устранить попавшее в рану гнойное содержимое застойных простатических ацинусов и микроабсцессов, а также с целью профилактики местного и восходящего инфицирования.

6. Герметизация швов капсулы простаты и стенки мочевого пузыря с помощью атравматического хромированного кетгута и синтетических рассасывающихся нитей типа «Dexon», «Maxon» и пр. (эта мера исключительно важна для профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений).

7. Адекватное дренирование полости мочевого пузыря и операционной раны, причем для дренирования необходимо использовать апиrogenные и химически индифферентные (не вызывающие реакции тканей) катетеры и трубки разового применения. Хорошо известно, что раннее восстановление самостоятельного мочеиспускания предупреждает развитие различных послеоперационных осложнений и значительно сокращает послеоперационный период. Следует

также избегать необоснованного увеличения времени дренирования, имея в виду его среднюю продолжительность 1–2 суток при трансуретральной резекции, 3–4 суток при позадилобковой и 5–7 суток при чрезпузырной аденомэктомии. Если необходимо более длительное дренирование, следует заменять дренажи не реже чем через 5 суток.

8. Обязательное использование в послеоперационном периоде (независимо от вида операции) орошения мочевого пузыря антисептическими растворами на протяжении всего периода дренирования (но не менее 2–3 суток) и ежедневных внутривезикулярных инстилляций эктерицида.

9. Для пациентов без предоперационной бактериурии — однократная инъекция суточной дозы антибиотиков широкого спектра действия за час до аденомэктомии. В случае появления у данной группы больных послеоперационной бактериурии, антибактериальную терапию рекомендуется продолжать до удаления катетера, а при необходимости и дольше.

10. Широкое использование ирригационной уретроцистоскопии в раннем послеоперационном периоде для своевременного выявления и устранения возможных причин ранних послеоперационных осложнений. Данные исследования особенно рекомендуются в случаях чрезмерно выраженной послеоперационной дизурии, при задержке восстановления самостоятельного мочеиспускания или затрудненного закрытия мочевого пузыря свища.

Профилактика осложнений различных вариантов аденомэктомии должна включать в себя весь комплекс перечисленных мер и строгое обоснование показаний к определенным вариантам хирургического лечения.

Анализируя результаты хирургического лечения больных доброкачественной гиперплазией предста-

тельной железы с сопутствующим хроническим воспалением, необходимо подчеркнуть, что большинство осложнений связано с имеющимся простатитом.

При недостаточно отработанной оперативной технике возрастает субоперационная кровопотеря, что увеличивает вероятность гнойно-воспалительных осложнений аденомэктомии. С возрастанием числа гнойно-воспалительных осложнений повышается процент послеоперационных обструктивных осложнений, которые, в свою очередь, поддерживают воспалительные процессы в мочевом пузыре и почках.

Подобная зависимость прослеживается и в методах профилактики послеоперационных осложнений. Меры, направленные на сокращение кровопотери, одновременно оказывают положительное влияние на профилактику гнойно-воспалительных заболеваний и на снижение обструктивных осложнений аденомэктомии простаты.

Выявление сопутствующего простатита и его своевременная терапия уменьшают вероятность и выраженность послеоперационных осложнений у лиц с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Лечение сексуальных нарушений при простатите

Приступая к изложению данного раздела, нужно еще раз оговориться, что половые расстройства не принадлежат к числу обязательных и даже наиболее частых симптомов хронического простатита. Тем не менее в программу лечения простатита нередко приходится вводить меры, направленные на нормализацию

сексологических нарушений, одним из которых является ускоренное семяизвержение.

Подходы к лечению этого состояния существуют разные и ранее о них уже упоминалось. Терапевтические воздействия могут быть направлены как на центральные (кору мозга, гипоталамус, функциональные спинномозговые центры), так и на периферические структуры, к которым можно отнести афферентную и эфферентную ветви рефлекторной дуги, включая специфический рецепторный аппарат.

Известным препаратом, который издавна применяли при ускоренном семяизвержении, является бромкамфора, назначаемая на 1–2 недели в дозе 0,2 г дважды в сутки. При назначении бромкамфоры нужно предвидеть возможное умеренно выраженное обратимое снижение эрекции, в связи с чем препарат следует применять только лицам, не имеющим соответствующих жалоб.

Использование хлорэтиловых блокад поясничного ромба, предложенное Г. С. Васильченко в 1957 г., не ухудшает качества эрекции и потому может применяться в лечении ускоренного семяизвержения у лиц с эрекционными нарушениями. Курс в десять процедур чаще всего оказывается достаточным для существенного удлинения полового акта, которое затем постепенно фиксируется в изменившемся сексуальном стереотипе.

Удлиняющий копуляцию эффект дает также внутривенное применение 25% раствора магния сульфата в индивидуально подобранной дозе. При этом нужно помнить, что вводимый парентерально препарат обладает выраженным седативным эффектом, распространяющимся и на дыхательный центр, поэтому определять индивидуальную дозу должен только врач. Подбор начинается с 2 мл раствора в 10–20 мл глюкозы, медленно вводимых внутривенно. При этом

учитывается выраженность вегетативной реакции (появление чувства жара и покраснение лица).

При ежедневном увеличении на 1 мл раствора магния сульфата достигается степень реакции, требующая нормализации упомянутого состояния в течение 3–5 минут, после чего дозу уменьшают на 1 мл и проводят основной десятидневный курс внутривенных вливаний.

Хорошим пролонгирующим эффектом обладают также анестезирующие препараты, наносимые на головку члена перед половым актом. Одним из таких средств является 10% дикаиновая мазь, применяемая за полчаса до сношения. Учитывая трудности прописывания этой мази, можно рекомендовать имеющийся в продаже аналогичный гель под обнадеживающим названием «Секс-марафон». Следует подчеркнуть, что данный вид лечения нежелательно резко прекращать, необходимо перед окончанием курса лечения, составляющего обычно 2–3 недели, постепенно уменьшать дозы препаратов этого типа.

При этом надо объяснить пациенту, опасаящемуся возобновления прежних явлений в связи с окончанием курса, что достигнутое удлинение акта в дальнейшем фиксируется и становится привычным.

Известным свойством удлинять половой акт обладает массаж простаты, повышающий порог возбудимости функционального эякуляционного центра (Б. Н. Хольцов, 1927).

Отмечается положительный эффект применения эндоуретральной электростимуляции зоны семенного бугорка для лечения эректильной дисфункции при простатите (М. И. Давидов, Б. Н. Климов, 1997).

Лицам, не имеющим достаточного сексуального опыта (молодоженам), желательно разъяснить эффективность супружеского сексуального тренинга, позволяющего своевременно приостанавливать интенсив-

ность фрикций перед наступлением фазы потери управляемости процессом половой близости.

Разумеется, при лечении преждевременного семяизвержения значительная роль принадлежит сознательному и тактичному отношению партнерши, которое в дальнейшем вознаграждается полной гармонией сексуального общения.

Снижение эрекции почти всегда удается устранить применением фаллодекомпрессии (ЛОД-терапии), имеющей в данном случае преимущество перед другими методами лечения благодаря дополнительному рефлекторному влиянию на обменные процессы в предстательной железе.

Очень ценным препаратом для лечения эректильных нарушений является йохимбин, который в данном случае нужно применять в продолжении двух-четырёхнедельного курса по 0,05 г 3 раза в день. Существенная особенность йохимбина — регуляция гормонального баланса, проявляющаяся также в нормализации нарушенного сперматогенеза.

Л. Я. Мильман (1972) и Г. С. Васильченко (1983) советовали при простатите шире применять психотерапевтические методики, рекомендуемые для сексопатологических больных, поскольку у пациентов с хроническим простатитом нередко наблюдаются те или иные сексуальные расстройства, связанные с уверенностью в их обязательном появлении.

Следует принимать во внимание, что пациенты настроены на необходимость постоянной терапии копулятивных нарушений (подчас внушенных), и объяснять временный характер проводимого лечения, поскольку достигнутые положительные результаты будут в дальнейшем зафиксированы.

Рефлексотерапия хронического простатита

Несмотря на то, что иглорефлексотерапия признана, наконец, полноправной частью европейской медицины, лечебное воздействие на «точки» все еще остается компетенцией узких специалистов, отчего нередко пациент, страдающий хроническим простатитом, разочаровавшись в надеждах на быстрое выздоровление, либо сам обращается к рефлексотерапевту, либо врач, осознающий синергизм этого дополнительного вида лечения, но не владеющий его техникой, направляет его к коллеге.

В обоих случаях возникает разделение ответственности врачей за качество и исход лечения, что в большинстве случаев противоречит интересам больного.

Признавая специфичность рефлексотерапии как метода, требующего от врача, помимо традиционного клинико-морфо-патофизиологического мышления, еще и знания сложной системы меридианов, каналов и точек, техники акупунктуры, а также знакомства с философскими концепциями восточной медицины, рискнем утверждать, что овладение хотя бы некоторыми элементами рефлексотерапевтических воздействий способно повысить эффективность проводимого врачом-андрологом комплексного лечения, что, в свою очередь, может явиться дополнительным стимулом для более глубокого изучения этого очень полезного раздела медицины.

Ниже приводятся точки, воздействие на которые, согласно литературным данным, оказывает положительный эффект при лечении простатита (Фрэнк Уоррен, 1981).

Локальная болевая симптоматика: В-23; В-28; ВС-3; К-7.

Общая депрессивная симптоматика: VC-4; GV-20; GV-4; SP-10; SP-6; B-47; B-54; K-1; G-1; B-32; B-33; B-35; B-31; B-34.

Преждевременное семяизвержение: B-15; VC-4; VC-3; H-7; SP-6; K-12; B-38; ST-36; SP-9; B-47; B-67; K-12.

Точки указаны по степени эффективности воздействия.

Вариантами рефлексотерапии простатита может быть воздействие на точки лазерным излучением, пчелиными укусами или гирудотерапией.

Психотерапия хронического простатита

Отмечаемое многими авторами (А. К. Напреенко, 1984; П. Я. Мачхелянц и соавт., 1984) наличие полиморфных невротических проявлений при хроническом простатите подтверждает важную роль психотерапии в комплексном лечении этого заболевания.

Психастения и депрессия, сопровождающие простатит, обуславливают, а в дальнейшем усугубляют сексуальную диспотенцию, в этиопатогенетической структуре которой невротическим реакциям принадлежит едва ли не основная роль.

Диспотенция, в свою очередь, создает предпосылки к застойным изменениям в простате, и таким образом создается порочный круг, выйти из которого без помощи врача больной обычно не в состоянии.

Хорошо известно отрицательное отношение большинства пациентов к антибиотикам и гормональным препаратам. Многие больные, получив рекомендацию применения незнакомого препарата, первым долгом тревожно осведомляются, не является ли он антиби-

огиком или гормоном. Фактически здесь можно говорить о вербальной аллергии, т.е. индивидуальной непереносимости не медикаментов указанных групп, а их названий. Сюда же относится убежденность больных в аллергогенности синтетических препаратов («химии») в отличие от «натуральных», главным образом растительного происхождения («трав»), хотя, как известно, аллергенами чаще всего являются именно растения. В связи с этим очень важно разубедить пациента в том, что все антибиотики, независимо от их химического состава, оказывают отрицательный эффект. В противном случае больной не будет выполнять назначения и авторитет врача поколеблется.

Существенным моментом в формировании простатогенных неврозов является отрицательная взаимоиндукция пациентов, обменивающихся между собой впечатлениями о проявлениях заболевания (всегда индивидуально различных), его продолжительности (как правило, значительной), результатах лечения (естественно, не всегда удовлетворяющих пациента).

Такой нежелательный обмен информацией неизбежен при стационарном либо санаторно-курортном лечении и существенно понижает терапевтическую эффективность лечения. Это обстоятельство необходимо всегда учитывать, и нейтрализация отрицательной информации, постоянно накапливаемой пациентом, — одна из важнейших задач психотерапии.

В частности, больного следует предупредить о вреде такого «обмена опытом», сделать это предупреждение достаточно тактично и убедительно должен врач. Здесь приходится считаться с тем, что главной задачей врача, причем приобретающей особую актуальность при лечении больных простатитом, является завоевание безусловного авторитета и доверия у пациента. Такой авторитет приобретается вниманием к

пациенту, нешаблонным подходом к его лечению, а также тем, что врач не дает необоснованных обещаний быстро исцелить больного и проводит терапевтические процедуры, способные причинять боль, в щадящем режиме. В частности, совершенно недопустима порой практикуемая своеобразная «лихость» при введении пальца для ректального осмотра или массажа.

Боль, которую пациент ощущает при насильственном растяжении анального сфинктера, существенно влияет на успех лечения, а видя небрежность в действиях врача (приходится называть вещи своими именами), пациент теряет доверие к нему, что тоже не способствует эффективности терапии.

Приступая к лечению простатита, врач должен отчетливо представлять себе роль невротического компонента в этиопатогенетической структуре этого заболевания и понимать, насколько важно установить правильные взаимоотношения с пациентом — они должны быть равными и достаточно доверительными (правда, в последнем необходима определенная мера). Пожалуй, одинаково плохо как полное безразличие врача к самочувствию пациента, с которым он общается, допустим, в течение курса массажа, так и то, когда врач ежедневно спрашивает больного о самочувствии, что может вызвать у того ложное представление об обязательности быстрого исчезновения симптомов заболевания и естественное разочарование, если этого не происходит.

Поэтому, начиная лечение, необходимо условиться с пациентом о том, что тот должен сам информировать врача об изменениях в течении болезни, а в ежедневном общении постараться обойтись без таких вопросов, заменив их внушением положительной информации.

В психотерапии хронического простатита очень

важно разъяснить пациенту, ожидающему быстрого исцеления, трудности лечения и посоветовать вооружиться терпением и настойчивостью. Разумеется, совершенно недопустимы гарантии быстрого и полного излечения от простатита. Подобные неисполнимые обещания способны только разочаровать пациента и подорвать профессиональную репутацию врача.

Особая цель психотерапевтических воздействий при простатите — нейтрализация убежденности пациента в неминуемой потере им своих мужских качеств.

«Простата — второе сердце мужчины» — этот хлесткий афоризм принес очень много вреда, став одной из причин внушенной (порой ятрогенно) диспотенции.

Не менее важная задача психотерапии — коррекция проявлений паторефлекторной и психогенной диспотенции, для чего используются различные методики рациональной, поддерживающей, опосредованной психотерапии, а также приемы аутотренинга.

Одной из серьезных проблем является преодоление гипертрофированной мнительности, наблюдаемой у большинства больных. Эту проблему можно решить, установив отношения разумной откровенности в общении с пациентом, интерес которого ко всему, что связано с его заболеванием, вполне понятен и закономерен.

Неадекватно преувеличенное представление о тяжести заболевания и его возможных последствиях также является одним из важнейших объектов психотерапевтического воздействия.

Нужно помнить, что уход от ответов на вопросы пациента вынуждает его искать другие источники информации, которая может противоречить намеченной тактике и рекомендациям.

Психологический контакт с пациентом — одно из

существенных качеств врачебного мастерства. Пациент должен верить врачу и это во многом зависит от искреннего и доброжелательного отношения врача к больному.

Заканчивая обсуждение вопросов комплексного лечения простатита, надо отметить, что нередко врач не применяет сразу всего намеченного на данный период терапевтического комплекса, а последовательно вводит отдельные его компоненты. Это связано с понятным желанием врача определить степень эффективности для данного больного отдельных составляющих намеченной лечебной программы. Назначая комплексное лечение, врач должен «чувствовать» сравнительную ценность (а также побочные эффекты) его звеньев, иначе появляется риск перейти к нежелательным терапевтическим шаблонам, значительно менее эффективным, нежели индивидуально подобранный вариант лечения.

Соглашаясь с целесообразностью такой постепенной тактики, нужно все же признать и ее отрицательную сторону — задержку реализации возможного лечебного эффекта комплексной терапии.

Одним из аутогенных терапевтических факторов при длительно протекающих заболеваниях является постепенная дезактуализация для пациента некоторых второстепенных проявлений болезни.

Лечебная физкультура

Не подлежит сомнению, что в лечении простатита важная роль принадлежит двигательной активности, от которой зависит интенсивность кровообращения и обмена веществ в железе. Сокращения тазовой мускулатуры оказывают на железу непосредственный

массирующий эффект, определенное динамическое воздействие производит также изменение внутрибрюшного давления, косвенно влияющего на орган через мочевой пузырь.

Ниже приводится несколько специальных лечебно-физкультурных упражнений для использования в комплексном лечении хронического простатита.

1. «Ходьба на корточках». Исходное положение — на корточках. Ходьба скрестным шагом с высоким подниманием коленей. Дыхание произвольное. Продолжительность упражнения — 1 минута.

2. «Качание». Исходное положение — стоя, руки на поясе. Правую ногу отвести в сторону, приподнять правую половину таза и центр тяжести перенести на левую ногу (вдох), вернуться в исходное положение, напрячь мышцы заднего прохода (выдох). Повторить то же в другую сторону.

3. «Полотер». Исходное положение — ноги шире плеч, руки на поясе. Сведение и разведение ног скольжением.

4. «Гопак». Исходное положение — ноги вместе, руки за спиной. Согнуть ногу в колене, отвести колено в сторону, выпрямить ногу в сторону, опустить. Повторить движения другой ногой.

5. «Танец на корточках». Присесть, колени слегка развести в стороны, пальцами рук коснуться пола. Попеременное движение ногами назад, в сторону, вперед и обратно.

6. «Вращение ногами». Сидя на табурете, вытянуть ноги вперед, поднять их вверх, развести в стороны, опустить вниз.

7. «Брюшное дыхание». Исходное положение — лежа. Сделать глубокий выдох, после чего сделать продолжительный вдох, одновременно выпячивая живот.

8. «Вращение тазом». Сесть на стул верхом (лицом к спинке). Придерживаясь за спинку, делать плавные

круговые движения тазом, дыша животом, во время выдоха резко напрягать мышцы заднего прохода. Осваивать это упражнение надо постепенно (вначале не втягивая анус). Вращение таза совершать плавно, во время одного вращения успеть вдохнуть и выдохнуть (с полуоткрытым ртом). Повторить упражнение 8–12–16 раз. В конце упражнения можно полежать, расслабив мышцы.

9. «Растирание копчика». Исходное положение — лежа на спине. Согнуть ноги в коленях, руки подложить под голову. Подышать животом 12 раз в достаточно быстром темпе, после чего 24 раза чуть-чуть подвигать таз в стороны, как бы растирая копчик. Дышать равномерно. Если после выполнения упражнения поясница не разогрелась, упражнение следует повторить.

10. «Мостик». Исходное положение — лежа на спине, ноги вместе, руки вдоль туловища. Согнуть руки в локтях. Опираясь на локти и пятки, поднять таз, одновременно сжимая мышцы заднего прохода. Вернуться в исходное положение. Упражнение повторить 3–4 раза.

11. «Раздавливание мяча». Исходное положение — лежа на спине, согнув ноги в коленях и зажав между ними мяч. Сжимать максимально мяч, сокращая мышцы промежности и втягивая задний проход в течение 3–6–8 секунд. Отдохнуть 15–20 секунд. Упражнение повторить 4–7–10 раз. Дыхание произвольное.

12. «Ванька-встанька». Исходное положение — лежа на спине. Широко развести прямые ноги, руки поднять вверх. Принять сидячее положение, вдохнуть. Сгибая туловище, коснуться обеими руками носка правой ноги и вернуться в исходное положение, выдохнуть. Коснуться носка левой ноги. Повторить упражнение 6–8 раз.

13. «Качалка». Исходное положение — лежа на спи-

ис. Ноги согнуть в коленях и прижать к животу, ступни около ягодиц. Поднять таз, опираясь на локти, плечевой пояс и стопы (выдох). При этом необходимо напрячь ягодичные мышцы и мышцы заднего прохода. Вернуться в исходное положение (вдох).

14. «В гору на велосипеде». Исходное положение — лежа на спине. Движение ногами, напоминающее езду на велосипеде. Дыхание произвольное.

15. «Ножницы». Исходное положение — лежа на животе, руки согнуты в локтях, кисти под подбородком. «Шагнуть» правой ногой за левую и наоборот. Упражнение повторить 4–6 раз.

16. «Оглобли». Исходное положение — лежа на животе, подложив руки под голову. Поднять ноги вверх, развести их в стороны, оставаясь в этой позе 30–40 секунд. Опустить ноги на пол и расслабиться. Повторить упражнение 4–5 раз. Дыхание произвольное.

17. «Санки». Исходное положение — лежа на животе. Согнуть ноги в коленях, приподнять их и взяться руками за лодыжки. Во время выдоха приподнять ноги вверх, не прижимая к спине. Опуская ноги, полежать, расслабившись, и спокойно подышать. Если трудно достать лодыжки, можно воспользоваться поясом или полотенцем (для каждой ноги отдельно), чтобы тянуть ноги вверх. Упражнение повторить 4–6–8–12 раз.

18. «Улитка». Исходное положение — опираясь на колени и локти. Выпрямлять, приподнимая, поочередно то правую, то левую ногу. Упражнение повторить 4–6 раз.

19. «Поклоны». Исходное положение — то же. Выпрямиться. Руки поместить вдоль туловища, стопы развести пошире. Присесть между пятками на пол — выдох, вернуться в исходное положение — вдох. Повторить 6–8 раз.

20. «Подлезание под забор». Исходное положение

— то же. Выгнуть спину, сокращая мышцы промежности и втягивая задний проход — вдох; опуститься до положения «подлезания под забор» — выдох. Повторить 8–10–12 раз.

21. «Йога». Исходное положение — то же. Сесть на пятки. Не отрывая рук от пола, напрячь мышцы промежности, ягодиц и заднего прохода (выдох). Вернуться в исходное положение (вдох).

22. «Пловец». Исходное положение — лежа на левом боку, прямые ноги вместе. Прижать правое колено к животу — вдох, вернуться в исходное положение — выдох. Прodelать то же левой ногой, лежа на правом боку. Повторить упражнение 8–10–12 раз.

23. «И нашим и вашим». Исходное положение — сидя на полу. Ноги согнуть в коленях (стопы на полу) и развести насколько возможно. Достать правым коленом левую пятку и наоборот. Упражнение повторить 6–8 раз.

24. «Байдарка». Исходное положение — то же. Ноги выпрямить. Руки вытянуть вперед. Попеременно опираясь то на одну, то на другую ягодицу, без помощи ног «пройти» вперед (примерно метр) и вернуться на прежнее место (можно «попрыгать» на ягодицах).

25. «Танец». Исходное положение — стоя со скрещенными ногами, правая нога впереди. Присесть на правую ногу, одновременно напрягая ягодичные мышцы (выдох), вернуться в исходное положение (вдох). Повторить упражнение, начиная с левой ноги.

Санаторно-курортное лечение хронического простатита

Вопрос об эффективности санаторно-курортного лечения хронического простатита представляется достаточно сложным.

С одной стороны, ценность уникальных курортных пелоидотерапевтических возможностей и опыта врачей-курортологов не подлежит никакому сомнению. С другой стороны, полезность такого лечения в определенной мере нейтрализуется сексуальным воздержанием во время пребывания на курорте. Пациенты, стремящиеся избежать этого, рискуют в лучшем случае обострением процесса в результате внедрения ксеногенной микрофлоры. Кроме того, санаторно-курортному лечению в определенной степени свойственна шаблонность, обусловленная особенностями данного курорта. И, наконец, именно пребывание на курорте служит для пациента своеобразной «школой», внушающей ему ранее отсутствующую симптоматику и умаляющей авторитет постоянно курирующего его врача, который не применял тех терапевтических воздействий, о которых пациент узнал на курорте, общаясь с другими больными.

Приходится признать, что отрицательная взаимодукация — фактор, несомненно снижающий эффективность санаторно-курортного лечения.

Основным лечебным воздействием при хроническом простатите является грязелечение. Грязевые процедуры в виде «трусов» и ректальных тампонов оказывают действие на чувствительные нервные окончания кожи и слизистых и рефлекторным путем передают свое влияние на центральную нервную систему, которая в порядке ответной реакции стимулирует защитные реакции, способствующие рассасыванию по-

ствоспалительных очагов в организме. Немалую роль играет также всасывание содержащихся в лечебных грязях микроэлементов и биологически активных веществ.

Следует иметь в виду, что комплекс курортных воздействий, как правило, приводит к абактериальному обострению воспалительного процесса, параллельно чему повышается эффективность внутренних защитных факторов организма (П. Д. Двояковский, 1978).

Другой важной особенностью курортного лечения являются различные физиотерапевтические процедуры, которые в обычной лечебной практике нередко применяются не в полной мере.

Очень ценной является возможность параллельно лечить на курорте сопровождающие простатит экстрагенитальные заболевания. Так, например, сопутствующая терапия патологии опорно-двигательного аппарата способствует уменьшению поясничных болей, которые, как известно, большинство больных простатитом относят на его счет.

Наконец, еще одно достоинство курортного лечения — возможность освободиться от повседневных проблем и забот, существенно усложняющих жизнь пациента и влияющих на его самочувствие.

Направляя пациента на санаторно-курортное лечение, врач, как правило, отвечает на его вопрос о рекомендуемой терапевтической курортной программе. Нужно признать, что отвечать на такие вопросы не всегда легко. Конкретные рекомендации могут оказаться недостаточными и затруднят работу врача-курортолога, чьи назначения могут не совпасть с рекомендациями лечащего. Тем не менее следует предупредить пациента о том, что максимальное использование всех возможностей данного курорта нежелательно. Наряду с целительными для больного простатитом процедурами, на данном курорте могут быть и

такие, использование которых способно причинить вред. Так, например, нежелательны при простатите морские купания — они могут не только нейтрализовать эффект грязелечения, но и вызвать обострение воспалительного процесса в простате.

Следует помнить, что курортное лечение складывается из трех периодов: приспособления к новым климатическим условиям, проведения специфических лечебных мероприятий и закрепления достигнутых результатов.

После возвращения больного с курорта лечащему врачу нужно принять во внимание рекомендации, которые были сделаны пациенту врачом-курортологом.

Наиболее известные курорты, где проводится лечение хронического простатита: Пятигорск, Железноводск, Кисловодск, Саки, Бердянск, Куяльник, Славянск, Евпатория, Липецк и др.

Противопоказаниями к санаторно-курортному лечению служат обострения хронического простатита, требующие применения антибактериальной терапии, обычно не входящей в комплекс санаторно-курортного лечения.

Направляя пациента на курорт, следует еще раз предупредить его о недопустимости употребления спиртных напитков при хроническом простатите.

Критерии результативности лечения простатита

Значение оценочных критериев течения простатита важно потому, что мнения врача и пациента о степени эффективности проведенного лечения совпадают далеко не всегда.

Так, для большинства пациентов наиболее убедительным доказательством улучшения состояния железы является уменьшение числа лейкоцитов в секрете простаты, однако этот признак в результате массажа нередко оказывается «хуже» в связи с улучшившимся альвеолярным дренированием.

В последнее время многие пациенты придают особое значение результатам бактериологического исследования секрета, хотя само собой разумеется, что обнаружение роста микрофлоры при обычно практикуемом исследовании секрета далеко не всегда свидетельствует о ее патогенетической роли.

То же самое можно сказать и о таком типичном для простатита симптоме, как болевые ощущения в надлобковой или промежностной области, которые могут даже усиливаться из-за раздражения железы при местной терапии. В связи с этим пациент должен быть заранее ознакомлен с характером динамики проявлений заболевания.

Отсюда следует вывод о различной значимости субъективных и объективных критериев. Так, при оценке болевых проявлений нужно учитывать тенденцию большинства пациентов объяснять наличием простатита болевые ощущения, которые вызываются такими распространенными состояниями, как остеохондропатии, колиты и пр.

Помимо этого, нужно иметь в виду возможность существования так называемых следовых болевых ощущений, обусловленных как рубцовыми изменениями в железе, так и гипертонусом тазовой мускулатуры вследствие длительного течения воспалительного процесса в простате.

Наиболее точная количественная оценка субъективным проявлениям простатита может быть дана на основании уже приводившегося теста-таблицы I-PSS, адаптированного для хронического простатита.

Более достоверными при простатите все же являются объективные показатели, к числу которых в первую очередь относятся пальпаторные данные, достаточно подробно описанные в разделе «Массаж простаты», а также ультрасонографическая картина железы. Нужно иметь в виду, что эти показатели имеют ценность (как для врача, так и для пациента) лишь при условии, что в медицинской карте достаточно подробно и точно фиксируются данные динамического наблюдения. Это обстоятельство особенно важно, если вспомнить о свойственном многим пациентам пессимизме относительно успешного лечения простатита.

К объективным критериям остроты воспалительного процесса относятся также иммунологические показатели, которые одновременно могут отражать специфическую направленность воспалительной реакции, указывая таким образом на выбор соответствующих антибактериальных препаратов. Работами Б. Д. Айинде (1996) и У.Ш.Суэйдана (1987) доказана практическая значимость исследования содержания катионных белков лейкоцитов секрета простаты как показателя местной сопротивляемости. Данный показатель является более достоверным, нежели содержание лейкоцитов в секрете.

Специфическим критерием для большинства случаев хронического простатита служат показатели исследования спермы, анализ которых позволяет судить о состоянии ряда основных функций предстательной железы.

Положительные результаты при достаточно упорном и настойчивом лечении простатита наблюдаются в среднем у 2/3 пациентов. Следует еще раз отметить, что достигнутое улучшение часто является временным, так как различные факторы, не всегда поддающиеся выявлению и предупреждению, нередко при-

водят к обострению течения болезни, которое проявляется в усилении выраженности соответствующей симптоматики.

Однако на этом основании все-таки не следует делать вывод о бесполезности лечения хронического простатита, хотя, по данным большинства авторов, стойкое излечение наблюдается достаточно редко.

Наблюдение специалиста за пациентом, страдающим хроническим простатитом, позволяет вовремя выявить и предупредить возможные рецидивы ретенционных изменений и связанное с этим усиление инфекционного компонента в патогенезе заболевания. К тому же надо помнить, что пациенты, постоянно находящиеся по поводу хронического простатита под наблюдением врача, в значительной мере застрахованы от незаметного развития одного из самых частых и коварных онкологических заболеваний у мужчин — рака предстательной железы.

Нужно отметить, что один из наиболее просто осуществляемых в настоящее время критериев — результат ультрасонографического исследования — не является вполне достоверным для динамического наблюдения за течением хронического простатита.

Это связано с тем, что эхоскопически выявляемая неоднородность структуры предстательной железы в значительной степени обуславливается наличием склеротически измененных участков паренхимы, существование которых сохраняется даже в случае достаточно эффективных результатов лечения хронического простатита.

Незнание пациентом этих особенностей ультрасонографических изменений предстательной железы может привести к недоверию утверждения врача об улучшении прочих объективных показателей и даже свести на нет отмечаемое больным уменьшение выраженности субъективной симптоматики.

Таким образом, констатация динамических изменений состояния предстательной железы в ходе лечения хронического простатита в большинстве случаев может быть осуществлена лишь при комплексной оценке перечисленных критериев. Следует признать, что этому в значительной мере способствует учет субъективной симптоматики, выраженность которой достаточно точно определяется при проведении теста I-PSS, адаптированного для хронического простатита.

Причины возникновения простатита

Факторы, в той или иной степени способствующие возникновению простатита и поддерживающие его течение, можно условно разделить на три группы, в зависимости от возможностей воздействия на них.

К стабильным и не поддающимся воздействию факторам относятся телосложение, половая конституция, перенесенные заболевания, возраст и климатические условия.

Относительно менее важными и частично управляемыми являются привычный половой стереотип пациента, его профессия, наличие предрасполагающих заболеваний и отношение к болезни.

Управляемые факторы — неупорядоченность половых взаимоотношений, употребление алкоголя, несоблюдение диетических рекомендаций, образ жизни, отношение к лечению заболевания.

К так называемым группам риска при простатите относятся следующие категории лиц:

- 1) ведущие малоподвижный образ жизни;
 - 2) представители «сидячих» профессий;
 - 3) страдающие хроническими запорами;
 - 4) перенесшие инфекции мочеполовой системы;
 - 5) имеющие неупорядоченные семейные половые взаимоотношения;
 - 6) имеющие любовниц и меняющие половых партнеров;
 - 7) употребляющие спиртные напитки.
- Чего следует избегать при простатите?**

Прежде всего нужно сказать о диетических рекомендациях, точнее, ограничениях и запретах.

Течение простатита в определенной мере зависит от влияющих на предстательную железу и уретру раздражающих веществ, попадающих из желудочно-кишечного тракта в кровь, а оттуда в мочу. К ним в первую очередь относятся альдегиды — промежуточные продукты распада алкоголя в организме. Находясь в моче, альдегиды способны оказывать раздражающее влияние на слизистую оболочку задней уретры, обостряя уретрит и колликулит.

Аналогичное действие на простату оказывают содержащийся в крови алкоголь, концентрация которого при опьянении может быть достаточно высокой.

Правильнее полностью исключить алкоголь, причем не только на время курса медикаментозной терапии, как это наивно (наивно ли?) считает большинство пациентов, но и на весь период лечения, т.е. на достаточно длительное время. При этом следует иметь в виду, что многие пациенты обычно считают, что должны просто реже употреблять спиртные напитки, расценивая переход от ежедневной выпивки к субботним и воскресным «возлияниям» как вполне достаточную меру.

Вспоминается пациент, пришедший с очередным обострением и заявивший, что неукоснительно следовал совету врача и пил только разведенный медицинский спирт.

Пациент должен знать, что улучшение, с трудом достигнутое ценой кропотливого лечения и длительного алкогольного воздержания, способно сойти на нет после одной-единственной выпивки, как правило, возвращающей его в исходное состояние.

Кратко это можно сформулировать так: даже нечастое употребление спиртного и лечение простатита — несовместимы.

Аналогичным раздражающим эффектом обладают некоторые острые пищевые приправы, содержащие эфирные масла, которые, проникая в кровь и мочу, также отрицательно воздействуют на простату. Употребление таких приправ следует ограничить. При этом нужно объяснить пациенту, что речь идет не о полном и категорическом запрещении лука, чеснока, хрена, горчицы, черного перца и пр., а лишь о нежелательности их употребления в большом количестве. Это же можно сказать о копченостях.

Что касается соли, уксуса, кваса, лимонов, кислых фруктов, ягод и овощей (квашеной капусты, соленых огурцов и помидоров), то эти продукты при простатите вредного влияния не оказывают, за исключением изготовленных по особым рецептам, с повышенным содержанием жгучих пряностей.

Нужно также употреблять в достаточном количестве продукты, содержащие клетчатку, для профилактики запоров — одной из основных причин нарушения кровообращения в простате.

Для больных простатитом особенно нежелательны сидячая работа (условия труда канцелярских служащих, водителей транспорта) и малоподвижный образ жизни.

Отрицательное воздействие длительного сидения можно частично компенсировать периодическим сокращением тазовой мускулатуры (аналогично усилиям, прилагаемым при удержании газов), что в определенной мере способствует устранению застоя и активизирует кровообращение в малом тазу и предстательной железе.

На течении простатита также отрицательно сказывается переохлаждение, причем не только при минусовых температурах. Больному следует избегать длительного нахождения в некомфортных условиях, вызывающих желание погреться, так как наступающая в

таких случаях потеря тепла резко снижает сопротивляемость организма инфекции и может привести к рецидиву или обострению простатита.

Это же можно сказать и о систематическом физическом переутомлении, ведущем к истощению и ослаблению защитных функций, хотя сам по себе привычный тяжелый физический труд, так же как и занятия спортом (кроме велосипедного и водного), при простатите не противопоказан.

Прочие вредные производственные условия: вибрация, высокая температура, производственные загрязнения (кроме кобальтовых) и пр.— специфического воздействия на простатит, по-видимому, не оказывают.

Трудно назвать какие-либо вредные природные факторы, осложняющие течение простатита, однако следует указать на нежелательность длительного купания в природных водоемах даже в летнее время, в теплой воде. Это же относится к водным видам спорта, а также к купанию в бассейне.

Дело в том, что в воде резко повышается теплоотдача, и длительное купание может приводить к переохлаждению и обострению воспалительного процесса. Поэтому купаться даже в теплой воде следует не более 3—5 минут, обязательно затем вытереться насухо и сменить мокрые плавки, чтобы не охладить промежность.

В нашей практике был сорокапятилетний альпинист-инструктор, продемонстрировавший своим подопечным, начинающим альпинисткам, купание в выдолбленной ледорубом у кромки ледника «ванне» с набравшейся туда талой водой. За произведенное на восхищенных зрительниц впечатление ему пришлось расплачиваться абсцессом предстательной железы и последующим хроническим простатитом.

Очень щекотливым является вопрос о желатель-

ной степени осведомленности пациента о своем заболевании.

Каждый врач лечил больных, читающих специальную литературу о своем заболевании. Оставляя в стороне отношение врача к таким больным, пытающимся контролировать его действия (на что, кстати, пациент имеет полное право согласно действующему медицинскому законодательству), отметим отрицательный психогенный эффект такого чтения, возникающий из-за отсутствия у пациента базового медицинского образования. Вынужденно домысливая ответы на непонятные ему вопросы, пациент, как правило, делает неверные выводы, что обычно приводит к появлению дополнительной самовнушенной симптоматики.

Сексуальный режим при хроническом простатите (простатит и «любовный треугольник»)

Регулярное оргастическое опорожнение альвеол предстательной железы и сопровождающие эякуляцию мощные сокращения тазовой мускулатуры (как и собственной гладкой мускулатуры железы) являются необходимым условием нормального функционирования простаты и соответственно терапии простатита (Yavascaoglu I. et al., 1997).

При этом не надо забывать, что при простатите стабильный половой режим служит необходимой основой проводимого лечения. Как правило, такой режим возможен лишь в условиях выработанного семейного гармоничного сексуального стереотипа, предполагающего постоянную возможность снять возни-

каюшее половое возбуждение в привычном варианте, без избыточно пролонгированных и повторных совокуплений.

В связи с этим приходится отметить нежелательность для пациентов, страдающих простатитом, «любовных треугольников», как правило исключающих соблюдение постоянного полового режима.

Частое и длительное половое воздержание — также одна из наиболее существенных причин не только безуспешности лечения, но и обострения протекающего в железе воспалительного процесса. Естественно, это не следует понимать как оправдание «вынужденных» супружеских измен для мужчин, работа которых связана с частыми отлучками из дому.

Опасность венерических заболеваний или по крайней мере суперинфицирования неспецифической сапрофитирующей флорой, приобретающей агрессивные свойства в новых биологических условиях (даже если новые половые партнерши вполне здоровы), не говоря уже о причинах морального порядка, убеждают в недопустимости подобных рекомендаций.

Остается одно — периодическое «собственноручное» освобождение предстательной железы и семенных пузырьков от их содержимого, с последующей физиологической релаксацией.

Свойственное некоторым пациентам и врачам внутреннее сопротивление этому полезному совету следует преодолевать, помня, что мастурбация — заместительная форма сексуальной активности, а мастурбационные процедуры являются одним из общепризнанных секстерапевтических воздействий. На положительный эффект периодической мастурбации у пациентов, страдающих простатитом и не живущих регулярной половой жизнью, указывает С. Раус (1979).

По этой же причине нужно с большой осторожностью относиться к известной рекомендации древней

китайской медицины как можно реже заканчивать половой акт эякуляцией (так называемое «дао любви»).

Достигаемое при этом существенное увеличение продолжительности полового акта не оправдывается отсутствием посторгастической детумесценции и оттока крови от предстательной железы. Безопасно использовать эту интересную методику может только мужчина, не имеющий застойных и тем более воспалительных изменений в простате, у болеющих же хроническим простатитом «дао любви», несомненно, ухудшит течение заболевания.

Нужно упомянуть и о бытующем мнении о недопустимости так называемого прерванного полового акта.

Этот термин зачастую понимается неоднозначно. Иногда под ним имеются в виду периодические прекращения фрикций в приближающейся предоргастической фазе с последующим их продолжением после некоторого снижения степени возбуждения («практика карецца» — «pratica carezza», в переводе с итальянского: опыт ласк). Нередко под прерванным половым актом понимают семяизвержение вне половых путей, часто применяемое как простейший способ контрацепции. Что касается «практики карецца», то она является обычным элементом грамотной сексуальной техники и не оказывает заметного отрицательного воздействия, если только не используется в режиме так называемых сексуальных эксцессов, т.е. частых и чрезмерно пролонгированных половых актов.

Запрещение периодически прерываемого полового акта может породить иные, еще более неприятные проблемы преждевременного семяизвержения и связанные с ними супружеские конфликты.

В отношении семяизвержения вне влагалища мож-

но сказать, что в данном случае прерывания полового акта вообще не происходит, так как он нормально заканчивается эякуляцией и оргазмом, хотя и недостаточно полноценными в эстетическом отношении.

В связи с этим можно прийти к выводу о практической безвредности и такого варианта прерванного полового акта, вопреки мнению, нередко высказываемому в популярной сексологической литературе.

Все вышеизложенное необходимо знать не только пациентам, болеющим хроническим простатитом, но и их половым партнерам.

Некоторые лекарственные препараты, применяемые при лечении простатита

Перечисление всех медикаментов, используемых в лечении хронического простатита, представляется совершенно невозможным делом, тем более, что значительная их часть уже упоминалась выше в соответствующих разделах.

Однако хотелось бы еще раз назвать препараты, не относящиеся к наиболее часто употребляемым антибактериальным средствам. Для удобства использования информации приведем рецепты препаратов и некоторые их синонимы.

Боле подробно ознакомиться со свойствами препаратов можно по прилагаемым к ним инструкциям и фармацевтическим справочникам.

Противовоспалительные препараты

Прежде чем приступить к перечислению противовоспалительных препаратов, хотелось бы оговориться, что в эту группу не входят противомикробные препараты, хотя на практике антибактериальную терапию нередко не совсем правильно называют противовоспалительной.

Rp. Susp. Hydrocortisoni 2,5% 1,0

D.t.d. N 5 in ampull.

S. Для парапростатических блокад.

Суспензия гидрокортизона ацетата чаще всего применяется в качестве одного из компонентов парапростатической блокады, а также может быть использована как составная часть лекарственных композиций для инстилляционной терапии и профилактики осложнений эндоуретральных манипуляций.

Rp. Antipyrini 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. По 2 таблетки в качестве добавки к теплomu травяному настою для микроклизмы.

Rp. Ortopheni 0,025

D.t.d. N 40 in tab.

S. По 1 таблетке 4 раза в день.

Синонимами ортофена являются вольтарен и диклофенак.

Rp. Dimexidi 100,0

D. S. По 2 чайные ложки в качестве добавки к травяному настою для теплой микроклизмы.

Димексид может также использоваться как существенный компонент композиций для эндоуретральной терапии, в частности инстилляционного массажа

простаты. Содержание димексида в этом случае не должно превышать 15%.

Rp. Susp. Amnioceni 5,0

D.t.d. N 10 in flac.

S. Содержимое флакона взболтать и при помощи толстой иглы ввести под кожу по срединной подмышечной линии на уровне VII–VIII ребра.

Rp. Polybiolini 0,5

D.t.d. N 10 in flac.

S. Содержимое флакона развести в 5 мл 0,5% р-ра новокаина и ввести внутримышечно.

Rp. Tiotriazolini 0,5

But. Cacao ad 2,0

M.D.t.d. N 15 in supp.

S. По 1 свече в задний проход на ночь.

По данным предварительного клинического исследования свечи с тиотриазолином — новым препаратом, оказывающим противовоспалительный, мембраностабилизирующий и регенерирующий эффект, уменьшают степень выраженности симптомов воспаления предстательной железы.

Рассасывающие средства

Rp. Lydazae 64 УЕ

D.t.d. N 10 in flac.

S. По 64 УЕ в качестве компонента композиции для парапростатической блокады.

Лидаза может также использоваться для внутримышечного введения и как составная часть лекарственных смесей для инстилляционного массажа пред-

стательной железы. Применение лидазы желательно сочетать с приемом антибактериальных препаратов.

Rp. Corpus vitrei 2,0

D.t.d. N 20 in ampull.

S. Для подкожного введения по 2 мл ежедневно.

Амниоцен, полибиолин — см. выше.

Обезболивающие

Rp. Analgini 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. По 1 таблетке при болях.

Постоянное применение анальгина при простатите не имеет смысла, ввиду незначительной выраженности болевой симптоматики, однако в отдельных случаях он может быть использован.

Rp. Sol. Novocaini 0,5% 10,0

D.t.d. N 10 in ampull.

S. Для парапростатической блокады.

Необходимо предостеречь от широкого использования новокаина как растворителя для инъецируемых препаратов, поскольку достигаемый неполный обезболивающий эффект (сама инъекция остается болезненной) не оправдывается возможностью наличия или развития аллергии к новокаину.

Иммуностимуляторы

Rp. Sol. Tactivini 0,01% 1,0

D.t.d N 10 in flac.

S. Для подкожного введения через день.

Rp. Thymalini 0,01

D.t.d N 10 in flac.

S. Содержимое флакона развести в 2 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводить внутримышечно ежедневно в течение 3–7 дней.

Rp. Levamisoli 0,15

D.t.d. N 3 in tab. S. По 1 таблетке ежедневно в течение 3-х дней, курс повторяется 2–3 раза с недельным промежутком.

Rp. Suppositoria cum Methyluracilio 0,5

D.S. По 1 свече в задний проход на ночь.

Метилурацил стимулирует фагоцитарную активность и клеточный метаболизм лейкоцитов, способствует повышению неспецифического гуморального иммунитета.

Следует иметь в виду, что применение иммуностимуляторов без количественного и качественного определения состояния иммунитета способно нанести существенный вред при аутоиммунных формах простатита.

Иммунодепрессанты

Rp. Prednisoloni 0,005

D.t.d. N 60 in tab.

S. Для применения внутрь по схеме: 5 дней по 1 таблетке 5 раз в день; 4 дня по 1 таблетке 4 раза в день; 3 дня по 1 таблетке 3 раза в день; 2 дня по 1 таблетке 2 раза в день; 6 дней по 1 таблетке 1 раз в день.

Данную схему можно сократить на 125 мг, исключив первые 5 дней приема препарата, и еще на 45 мг, исключив следующие 4 дня.

Rp. Azathioprini 0,05

D.t.d. N 50 in tab.

S. По 1 таблетке 3 раза в день.

Применение иммунодепрессантов показано при аутоиммунных процессах и некоторых формах мужского бесплодия.

Биогенные стимуляторы

Rp. Extr. Aloes fluid. 1,0

D.t.d. N 20 in ampull.

S. По 1 мл подкожно.

Rp. Fibs 1,0

D.t.d. N 20 in ampull.

S. Для подкожного введения по 1 мл в сутки.

Применение биогенных стимуляторов способствует активизации процессов регенерации и рассасывания, оказывает противовоспалительный эффект.

Стимуляторы микроциркуляции

Rp. Aescusani 20,0

D.S. По 15 капель 3 раза в день перед едой.

Rp. Pentoxiphyllini (Trentali) 0,1

D.t.d N 60 in tab.

S. По 1 таблетке 3 раза в день.

Синонимом пентоксифиллина является трентал.

Стимуляторы регенерации

Rp. Methyluracili 0,5

D.t.d. N 60 in tab.

S. По 1 таблетке 4 раза в день.

Rp. Kalii orotas 0,5

D.t.d. N 60 in tab.

S. По 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Glunati 1,0

D.t.d. N 100 in ampull.

S. Вводить внутримышечно, начиная с 1,0 и ежедневно повышая дозу до 10 мл, после чего постепенно уменьшать дозу до 1 мл.

Некоторые из перечисленных препаратов перспективны для применения в качестве элементов лекарственных композиций при эндоуретральной инстилляционной терапии и, в частности, для проведения инстилляционного массажа простаты.

К стимуляторам регенерации в известной степени можно также отнести биогенные стимуляторы (экстракт алоэ, ФиБС, торфот и т.д.).

Спазмолитики (холинолитики)

Rp. No-Spanis 0,04

D.t.d. N 60 in tab.

S. По 2 таблетки 3 раза в день после еды.

Rp. Sol. Atropini sulfatis 0,1% 1,0

D.t.d. N 5

S. Для применения в качестве компонента эндоуретрально инстиллируемых композиций.

Rp. T-rae Belladonnae 20,0

D.S. По 5—10 капель 3 раза в день до еды.

Препараты спазмолитической группы способствуют уменьшению дизурических симптомов, сопровождающих простатит. Применяя эти препараты, нужно также иметь в виду их тонизирующее действие на гладкую мускулатуру простаты, что в определенной мере снижает ее дренажную функцию, что опять-таки по-

лезно при простаторрее (трудная все-таки у врача профессия!).

Антиспазмолитики (холиномиметики)

Rp. Proserini 0,015

D.t.d. N 20 in tab.

S. По 1 таблетке 3–4 раза в день.

Rp. Distigmini bromidi 0,0005

D.t.d. N 20 in tab.

S. По 1 таблетке 1–2 раза в день до еды.

Синонимом дистигмина является **убретид**.

Rp. Piridostigmini bromidi 0,06

D.t.d. N 30 in tab.

S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды.

Синоним пиридостигмина — **калимин**.

Препараты указанной группы способствуют улучшению дренирования простатических альвеол и могут использоваться при инстилляционном массаже простаты.

Стимуляторы половой активности (aphrodisiaca)

Rp. Johimbini hydrochloridi 0,05

D.t.d. N 50 in tab.

S. По 1 таблетке 3 раза в день.

Йохимбин является селективным дилататором сосудов тазовых органов, оказывает трофическое влияние на простату, стимулирует сперматогенез и половую активность.

Эупростатотрофы

В комплексной терапии хронического простатита в последние годы используются препараты, способствующие биорегуляции обменных и регенеративных процессов в предстательной железе. К их числу относится раверон — экстракт простаты крупного рогатого скота, стимулирующий регенерацию клеток цилиндрического эпителия простатических ацинусов. Раверон также благоприятно влияет на аутоиммунные, дисгормональные и вегетососудистые факторы патогенеза хронического простатита.

Другой препарат подобного действия — простатилен — пептидный биорегулятор, также выделенный из предстательной железы крупного рогатого скота и способствующий восстановлению функций простаты в случае их угнетения в результате патологических процессов или старения.

Неспецифический биостимулирующий эффект при простатите оказывает также цинк-прополисная масляная композиция (П. Г. Морозов, 1988). Автором отмечено обезболивающее, антибактериальное, противовоспалительное, рассасывающее и регенеративное действие такого сочетания, использованного при массаже простаты.

Rp. Prostatileni 0,01

D.t.d. N 10 in ampull. (flac.)

S. Для ежедневного внутримышечного введения в 1–2 мл изотонического раствора натрия хлорида.

Rp. Raveroni 1,0

D.t.d. N 30 in ampull.

S. По 1 мл внутримышечно ежедневно.

Rp. Trianoli 0,025

D.t.d. N 120 in caps.

S. По 2 капсулы 2 раза в день до еды в течение месяца (минимальный лечебный курс)

Rp. Zinci oxydi 0,1

D.t.d N 100 in pulv.

S. По 1 порошку 3 раза в день после еды.

Rp. Ung. Zinci oxydi 10% 20,0

D.S. Для смазывания ануса при массаже простаты.

Андрогены

Rp. Metyltestosteroni 0,005

D.t.d. N 60 in tab.

S. По 1 таблетке 2—3 раза в день (держат под языком до полного рассасывания).

Rp. Sustanon-250 (Omnadren-250) 1,0

D.t.d. N 3 in ampull.

S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в месяц.

Sustanon-250 выпускается также под названием **Omnadren-250**.

Использование андрогенов при простатите должно быть ограничено, несмотря на их возможный потенцирующий эффект, так как при длительном применении наблюдается снижение их выработки в организме.

Приведенный список препаратов не может претендовать на исчерпывающую полноту ни по количеству перечисленных препаратов, ни даже по числу названных групп.

Некоторые лекарственные препараты, применяемые при лечении мужского бесплодия

Патогенез снижения фертильности мужчин, страдающих простатитом, представляется достаточно сложным и разнообразным. Его составляющими могут быть и секреторные факторы, обусловленные нарушениями баланса половых гормонов, связанными с длительно протекающим простатитом, и нарушение транспорта сперматозоидов, и контаминация микрофлоры на спермиях, и астеноспермия, вызванная изменениями рН простатического секрета, и ряд других факторов и их сочетаний.

Не ставя перед собой труднейшей задачи подробно изложить тактику лечения разнообразных вариантов мужской инфертильности, тем не менее считаем целесообразным напомнить о некоторых препаратах, используемых в терапии мужского бесплодия.

Необходимо, однако, помнить, что лечение мужского бесплодия без надлежащего обследования больных опасно, так как необоснованное применение корригирующей или заместительной гормональной терапии у лиц, не имеющих эндокринных нарушений, может привести к серьезным и стойким нарушениям сперматогенеза.

Приведенный ниже перечень препаратов нельзя считать исчерпывающим: многообразие факторов, обуславливающих мужское бесплодие, не позволяет ограничить число лекарственных средств. По этой причине здесь отсутствуют многие препараты, используемые в лечении собственно простатита — одной из частых причин инфертильности, а также другие лекарственные средства, имеющие отношение к этой

проблеме: препараты фосфора, адаптогены, биостимуляторы, анаболики, антидепрессанты, а также препараты косвенного действия, например, обладающие противовоспалительной активностью, повышающие функцию печени и т.д.

Перечень лекарственных средств построен по алфавитному принципу.

Аевит (aevitum) — комбинированный препарат витаминов А и Е. Выпускается в капсулах, содержащих по 7 мг ретинола и по 20 мг токоферола. Назначается по 1 капсуле 3 раза в день в течение месяца.

Аргинина хлорид (argininum chloride) — диаминомонокарбоновая незаменимая аминокислота, присутствующая в организме в свободном виде и в составе белков. Участвует в процессах белкового обмена.

Атропин (atropinum) — холинолитик, способствующий повышению тонуса гладкомышечного сфинктера мочевого пузыря и устранению частичной или полной ретроградной (внутрипузырной) эякуляции, которая может иметь место при атонии сфинктера, выявляемой при цистоскопии (симптом Алексеева — Шрамма) или рентгенологически («симптом языка» Голубева).

Бромокриптин (bromocriptin), парлодел — антагонист пролактина. У мужчин применяется при гиперпролактинемии. Повышает чувствительность яичек к гонадотропину. Показания — секреторные формы бесплодия и гормональнообусловленные эректильные дисфункции. Доза — 2,5 мг 3 раза в день на протяжении 30–60 дней. Целесообразно сочетать с гонадотропином хорионическим и пергоналом.

Глутатион (glutathione) — при внутримышечном применении в дозе 600 мг в сутки на протяжении 2 месяцев оказывает спермиомобилизующий эффект, со-

храняющийся в течение 30–60 дней после прекращения лечения (А. Lenzi, 1992).

Гонадотропин хорионический (gonadotropinum chorionicum) — человеческий хориогонин. У мужчин оказывает стероидогенное и поддерживающее сперматогенез действие. Показания для мужчин; — гипогонадотропный гипогонадизм, крипторхизм (в том числе после его хирургической коррекции), олигоастеноспермия и азооспермия. Назначается по 4500 МЕ в неделю в сочетании с пергоналом на протяжении 3 месяцев.

Индометацин (indometacinum) — подобно калликреину обладает антипростагландиновым эффектом и может использоваться при некоторых формах секреторного бесплодия. Применяется в таблетках по 25 мг 3 раза в день на протяжении месяца.

Йохимбин (johimbium) — селективный (альфа-адреноблокатор, вызывает вазодилатацию генитальных сосудов, стимулирует сперматогенез. Доза 5 мг 3 раза в день в течение месяца. Еще в начале века использовался в животноводстве.

Калликреин (падутин) — оказывает антипростагландиновое действие, используется в терапии некоторых видов астеноспермии. Обладая гиалуронидазной активностью, может быть полезен при замедленном разжижении эякулята.

Карнитина хлорид (carnitini chloridum) — обладает биогенным эффектом, способствует активации сперматогенеза. Выпускается в виде 20%-го раствора во флаконах по 100 мл. Назначается по 1 чайной ложке 2 раза в день во время еды на протяжении 4–6 месяцев.

Кломифенцитрат (clomifencitras), клостильбегит, перготайм, прогестин — стимулятор функции гипоталамо-гипофизарной системы, антиэстроген. Показан при

олигоастеноспермии. Доза — 0,05 г 2 раза в день на протяжении 3–4 месяцев.

Лидаза (lydazum) — фермент, расщепляющий основу соединительной ткани — гиалуроновую кислоту. Используется при лечении экскреторной аспермии, обусловленной рубцовой непроходимостью семявыносящих протоков и придатков. Применяется внутримышечно по 64 УЕ ежедневно в течение 10–15 дней в сочетании с профилактической антибактериальной терапией, а также местно в виде инъекций или путем ионофореза.

Местеролон (провирон) — препарат андрогенного действия, применяемый при диспотенции, обусловленной недостаточностью тестостерона, а также при бесплодии и синдроме мужского климакса. С целью коррекции нарушенного сперматогенеза используется сублингвально по 25 мг 3 раза в день в продолжении сперматогенного цикла, т.е. на протяжении 2,5–3 месяцев. Для повышения содержания фруктозы в секрете простаты (т.е. при астеноспермии) могут применяться несколько меньшие дозы — 25 мг дважды в сутки, также в течение нескольких месяцев.

Метилурацил (methyluracilum) — стимулятор клеточного деления. Показания — олигоспермия. Доза — 0,5 г 4 раза в день на протяжении месяца.

Налтрексон (naltrexonum) — антагонист стресс-пептидов и бета-эндорфинов. Используется в лечении стрессовых форм мужской инфертильности, увеличивает концентрацию и подвижность спермиев. Выпускается в таблетках по 0,05 г (суточная доза).

Никотинамид (nicotinamidum) — препарат, способствующий окислительно-восстановительным процессам. В сочетании с цитохромом С используется местно в виде 2,5% раствора в качестве кофермента реакций биологического окисления для лимфотропной

терапии некоторых форм астеноолигоспермии (В. В. Михайличенко и соавт., 1998).

Нимезулид (nimesulide) — нестероидный противовоспалительный препарат, обладающий спермионормализующим действием.

Ортофен (ortophenum) оказывает антипростагландиновый эффект, подобно калликреину и индометацину. Назначается в таблетках по 0,025 г 3 раза в день на протяжении 3–4 недель.

Падутин (падутен) — см. *Калликреин*.

Пергонал (pergonal) — фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны в соотношении 1:1. У мужчин вызывает стимуляцию клеток Сертоли и поддержку сперматогенеза. Применяется в комбинации с человеческим хориогонином (профазы) при азооспермии и олигоастеноспермии по 75–150 МЕ 3 раза в неделю в течение 3 месяцев в сочетании с недельной дозой чХГ (профазы) 4500 МЕ и бромокриптином, а также при первичном и вторичном гипогонадизме.

Преднизолон (prednisolonum) — в лечении мужского бесплодия используются в основном иммуносупрессивные свойства препарата. Показания — лечение аутоиммунных форм мужского бесплодия (агглютинация сперматозоидов). Одна из возможных схем применения: 4 дня по 4 таблетки, 3 дня — по 3, 2 дня — по 2 и 7 дней — по 1 таблетке в день.

Простатилен (prostatilenum) — пептидный биорегулятор простаты. Показания — экскреторно-токсическое бесплодие, астеноспермия. Доза — 5 мг в сутки в течение 20 дней в сочетании с эпителиамином.

Ретинол (retinoli acetat) — препарат витамина А, оказывает антиэстрогенный эффект и стимулирует сперматогенез. Назначается в виде таблеток или драже по 0,01 г (суточная доза) на протяжении месяца.

Рибофлавин. Витамин В₂ (riboflavinum. Vitaminum В₂)

— в качестве кофермента окислительно-восстановительных реакций используется для приема внутрь (по 0,002 г 3 раза в сутки в сочетании с местным лимфотропным применением никотинамида и цитохрома С) при некоторых формах астеноолигоспермии (В. В. Михайличенко и соавт., 1998).

Спеман (speman) — индийский аюрведический препарат, рекомендуемый для стимуляции сперматогенеза. Применяется по 2 таблетки 2 раза в день в течение 25 дней.

Тамоксифен (tamoxifenum) — активный антиэстроген, обладающий структурной аналогией с кломифеном. Препарат блокирует эстрогенные рецепторы органов-мишеней. Выпускается в таблетках по 10 мг. Суточная доза 20–30 мг.

Тестостерон (testosteronum) — применяется для лечения некоторых форм мужского бесплодия, обусловленных дефицитом тестостерона. Обычно используется эффект отмены препарата (rebound-phenomen). Для длительного применения целесообразен дюрантный препарат сустанон-250 (Sustanon-250) — 1 мл внутримышечно 1 раз в 3–4 недели.

Тестостерона андеканоат (андрiol) — препарат тестостерона для перорального применения (не для рассасывания под языком).

Тиреоидин (thyreoidinum) — используется при некоторых формах секреторного бесплодия. Таблетки по 0,1 г принимают 4 раза в день в течение 3–4 недель.

Токоферол (tocopheroli acetat) — синергист андрогенов, стимулятор функции гонад, антиоксидант. Доза — 0,1–0,15 г в сутки в течение месяца.

Трипсин (tripsinum) — протеолитик. Используется в тех же случаях, что и химотрипсин.

Фосфаден (phosphadenum) — фрагмент АТФ, антиагрегант, иммуномодулятор, антиоксидант. Доза —

0,05 г 3–4 раза в сутки в течение месяца. Показания — олигоастеноспермия, агрегация сперматозоидов.

Химотрипсин (chymotrypsinum) — способствует разжижению (препятствует чрезмерному сгущению) спермы. Выпускается во флаконах по 5–10 мг, разводится в 2 мл изотонического раствора натрия хлорида. Вводят внутримышечно 1 раз в сутки на протяжении 10–15 дней. Используется в комплексе с преднизолоном.

Хориогонин (choriogoninum) — см. *Гонадотропин хорионический*.

Цинка оксид (zincum oxydatum) — цинк является микроэлементом, имеющим большое значение для нормального функционирования простаты и яичек. Важная особенность цинка — его акросомостабилизирующий эффект. Показания — астеноспермия, тератоспермия. Доза — 0,05 г 3 раза в день на протяжении месяца.

Цитохром С (cytochromum C) — фермент, принимающий участие в процессах тканевого дыхания. Совместно с никотиамидом используется местно в виде 0,25% раствора для лимфотропной терапии при некоторых формах астеноолигоспермии (В. В. Михайличенко и соав., 1998).

Эпиталамин (epithlaminum) — биогенный пептид. Показания — астеноспермия. Доза — 5 мг в сутки в течение 20 дней в сочетании с простатиленом.

Препараты для лечения хламидиоза и уреаплазмоза (доксциклин, эритромицин) могут быть использованы при лечении патоспермий, обусловленных контаминацией данной флоры непосредственно на сперматозоидах. Для лечения астеноолигоспермии этого генеза используется также внутримышечное введение (альфа-интерферона (препарат реаферон) 5 раз в неделю на протяжении двух месяцев.

Той части пациентов, которая привержена фито-

терапии, рекомендуем применять при бесплодии настой шалфея (1 столовую ложку сухих листьев настоять на 400 мл кипятка, употреблять внутрь по полстакана на ночь), а также настойки алоэ и валерианы (по 15–20 капель 2–3 раза в день).

Надо сказать, что разыскать в фитотерапевтической литературе средства для лечения именно мужского бесплодия — проблема не из легких из-за трудностей его этиологического дифференцирования средствами народной медицины. Хотя еще в известных арабских наставлениях по эротологии («Сад благоуханный» шейха Нефзауи) говорится: «... Мужчина, бесплодный от гнилостности семени (не от простатовезикулита ли? — Э. А.), от подверженности лихорадкам и аналогичным заболеваниям или от трудностей с семяизвержением, должен лечиться. Ему надо употреблять стимулирующие мази из меда, имбиря и ромашки, сиропы из уксуса, чемерицы, чеснока, корицы, длинного перца и других специй. Это излечит его».

Локальные медикаментозные воздействия в урологии

В числе используемых в урологии лечебно-профилактических методов немалое значение имеют местные воздействия различными лекарственными препаратами при лечении простатита, его осложнений и прочих заболеваний мочеполовых органов.

Их целью является непосредственно оказываемый медикаментозный эффект, чаще всего обусловленный подавлением дальнейшего развития и расширения ограниченных патологических процессов, более выраженным локальным терапевтическим действием,

а также снижением имеющейся болевой симптоматики.

В сравнении с пероральными и общими парентеральными методами медикаментозной терапии локальное лекарственное воздействие имеет свои положительные особенности, к которым относится:

преодоление существующих органно-тканевых барьеров, нередко препятствующих проникновению лекарственных веществ в предстательную железу и тестикулы;

увеличение степени лимфотропности кинетики вводимых препаратов;

достижение более высоких локальных концентраций лекарственных препаратов;

разрыв порочного круга имеющихся патогенетических факторов и болевых ощущений;

снижение степени сопутствующего общего отрицательного (в том числе гепатотоксического) воздействия препаратов;

депонирование некоторых лекарственных средств; усиление местного терапевтического эффекта.

Наиболее часто применяемым способом локальных медикаментозных воздействий является инъекирование лекарственных препаратов в патологический очаг или окружающие ткани. Сюда можно отнести введение лекарственных смесей в парапростатическое пространство, оболочки яичка и придатка или семенной канатик.

Виды местных лекарственных воздействий, применяемых в урологии:

Блокада семенного канатика (по Лорин-Эпштейну). Парапростатическая блокада. Параэпидидимотестикулярные инъекции. Хлорэтиловая блокада поясничного ромба по Г. С. Васильченко. Введение лидазы и гидрокортизона в уздечку полового чле-

на. Интракавернозные инъекции при тромбозе пещеристых тел (приапизме). Локальное введение медикаментов при фибропластической индукции полового члена (болезни Пейрони). Интрапенальное введение препаратов, обеспечивающих эрекцию. Введение препаратов по завершении пунктирования кист и водянки яичка. Эндоуретральные инстилляции лекарственных композиций. Инстилляциии лекарственных веществ в мочевой пузырь. Поверхностное воздействие анестетиками на кожу головки члена при ускоренном семяизвержении.

Кроме того, используется введение лекарственных композиций в уретру, что, помимо непосредственного влияния на ее слизистую оболочку, позволяет воздействовать на патологические процессы в предстательной железе при ретроградном проникновении медикаментов в простатические ацинусы и периуретральные железы.

Особое значение имеет внутрипузырная инстиляция лекарственных препаратов.

Терапевтические возможности местных лечебно-профилактических инъекционных и инстилляционных воздействий:

1. Снижение интенсивности болевой симптоматики:

Достигается использованием местных анестетиков, инстиллируемых с целью воздействия на рецепторы слизистой оболочки нижних мочевых путей, либо инъецируемых для воздействия на чувствительные параорганные нервные пути.

2. Местная анестезия при инструментальных манипуляциях:

Наиболее простым и эффективным методом обезболивания при эндоуретральных манипуляциях (катетеризация, бужирование, выполнение массажа

простаты на бужу) является предшествующая инстилляция растворов лидокаина или новокаина.

3. Местное противовоспалительное воздействие:

В некоторых случаях при наличии неспецифических воспалительных инфильтратов предстательной железы, а также тестикул, их придатков и семявыносящих путей эффективным является местное применение противовоспалительных кортикостероидов (суспензия гидрокортизона ацетата, депомедрол). Инъекционное создание депо кортикостероидной суспензии непосредственно около воспалительного инфильтрата обеспечивает противовоспалительную концентрацию препарата, оказывающего в этом случае заметный терапевтический эффект, обеспечиваемый его постепенным рассасыванием. В связи с этим при использовании данного метода противовоспалительной терапии введение суспензии должно производиться не более 2—3 раз с промежутками в 3—4 дня. При этом следует учитывать, что эффективное воздействие на воспалительный инфильтрат приводит к ослаблению защитного барьера, в связи с чем данная процедура должна проводиться на фоне антибактериальной терапии.

Особую роль играет добавление небольшого количества суспензии кортикостероидов в растворы местных анестетиков при оперативных вмешательствах по поводу водянки яичка, при циркумцизии и пластике укороченной уздечки, а также коагуляции папиллом, следствием чего является снижение степени послеоперационной травматической инфильтрации тканей и меньшая плотность послеоперационных рубцов.

4. Повышение тканевой проницаемости и облегчение проникновения препаратов в ткани и органы:

Одним из условий эффективности локальной медикаментозной терапии является обеспечение достаточной концентрации препарата в патологическом очаге. Этому может противодействовать как существование естественных барьеров в некоторых органах (простата, тестикулы), так и возникновение фармакокинетических затруднений, обусловленных наличием воспалительной инфильтрации. Преодоление имеющихся затруднений может быть достигнуто местным применением лидазы, увеличивающей проницаемость тканей. Локальное введение лидазы в сочетании с антибактериальными препаратами является одним из вариантов так называемой лимфогенной терапии, повышающей местную концентрацию и длительность действия используемых препаратов. При этом нужно также иметь в виду, что одновременно с повышением терапевтического эффекта ослабляется перифокальная барьерная функция воспалительного очага, в связи с чем в этих случаях необходимо одновременно проводить общую антибактериальную терапию.

Транспортной функцией, облегчающей проникновение лекарственных препаратов через эпителиальные поверхности, обладает также димексид, добавление которого (до 10%) в эндоуретрально или внутривезикулярно инстиллируемые лекарственные композиции повышает их эффективность.

К этому нужно добавить свойственный димексиду противовоспалительный, анестезирующий и некоторый антибактериальный эффект, ценность которого значительно повышается способностью димексида устранять приобретенную устойчивость микрофлоры к антибактериальным препаратам.

5. Антибактериальное воздействие:

Эффективность местного применения антибакте-

риальных препаратов обусловлена возможностью преодоления органно-тканевых барьеров и создания гораздо более высоких локальных концентраций. Это преимущество местной терапии отчасти умалется сравнительной непродолжительностью противомикробного действия при однократно в течение суток проводимых процедурах. Тем не менее дополнительное использование местного воздействия значительно повышает эффект общей антибактериальной терапии.

Эндоуретральное применение антибактериальных препаратов является также действенным профилактическим средством при выполнении трансуретральных лечебных и диагностических мероприятий (ТУР и пр.).

6. Фибринолитическое и антикоагулянтное воздействие на кавернозные тела полового члена:

Необходимость использования фибринолитических препаратов в урологии встречается сравнительно редко. Основным показанием для их местного применения является приапизм. Наиболее эффективным препаратом этой группы является стрептокиназа, действие которой в этом случае усиливается при ее сочетании с гепарином.

7. Стимуляция эрекции:

С этой целью используется интракавернозное введение папаверина или алпростадилла (простагландина E1). Несмотря на достаточную эффективность этой методики, ее вполне вероятным осложнением является возникновение патологической эрекции с внутрикавернозным тромбозом (приапизм), что делает сомнительной целесообразность ее применения.

8. Устранение патологической эрекции:

Одним из рекомендуемых методов раннего лечения приапизма является местное введение фенил-

эфрина (мезатона) (Мартин И.Резник. Секреты урологии, 1998). Помимо этого рекомендуется местное применение антикоагулянтных и фибринолитических средств.

9. Местное введение лидазы существенно увеличивает растяжимость тканей, что позволяет использовать данную методику при сужениях уретры, препятствующих введению инструментов. Подобным же образом можно способствовать растяжению укороченной уздечки полового члена.

При местном применении препаратов нужно учитывать возможность механического травмирования органа (простаты, яичка, почки) инъекционной иглой или объемом вводимой лекарственной композиции, а также местного повреждающего действия вводимых препаратов.

В связи с этим при выборе медикаментов для локального применения необходимо принимать во внимание возможность их местнораздражающего действия, способного в некоторых случаях приводить к химическому ожогу слизистой оболочки уретры с последующим развитием ее рубцовых стриктур.

Использованию местных лекарственных, инструментальных и прочих лечебных и диагностических воздействий принадлежит существенное значение в урологии.

Перечисленные варианты местных медикаментозных воздействий не являются исчерпывающими, более того, несомненно перспективной является дальнейшая разработка местных медикаментозных воздействий для лечения и профилактики ряда заболеваний.

Схема лечебных циклов, проведенных больному NN

Преобладающее проявление заболевания	Терапевтический комплекс
	1-й цикл
Неприятные ощущения в области мошонки, болезненный оргазм, наличие воспалительного инфильтрата железы	1. Инстиляционный массаж простаты 2. Антибактериальная терапия 3. Биогенные стимуляторы 4. ЛОД
	2-й цикл
Неприятные ощущения в области промежности	1. Простатилен 2. Лазерное воздействие на промежность
	3-й цикл
«Стертый оргазм»	1. Микроклизмы из настоя календулы с димексидом 2. Противовоспалительная терапия (ортофен) 3. Суппозитории с белладонной
	4-й цикл
Учащенное мочеиспускание с режями	1. Инстиляционный массаж простаты 2. Стимуляторы микроциркуляции 3. Антибактериальная терапия
	5-й цикл
Ощущение дискомфорта в области промежности	1. Гидромассаж простаты 2. Аутогемотерапия 3. Комплексная витаминотерапия
	6-й цикл
Ускоренное семяизвержение	1. Ректальная магнитотерапия 2. Инстиляционный массаж простаты 3. Бромкамфора
	7-й цикл
Астеноолигоспермия	1. Внутримышечное введение простатилена с эпиталамином 2. Диадинамофорез с линкомицином 3. Токоферол

8-й цикл

- Пастозность железы
1. Антибактериальная терапия
 2. Стимуляторы микроциркуляции
 3. Комплексная витаминотерапия

9-й цикл

- Постмассажная деформация железы
1. Инстиляционный массаж простаты
 2. Раверон
 3. ЛОД

10-й цикл

- Болезненный оргазм
1. Курс лазеротерапии
 2. Грязелечение (тампоны, «труссы»)
 3. Антибактериальная терапия

11-й цикл

- Ночные эрекции
1. Парастатические блокады с гидрокортизоном и гентамицином
 2. Иммуномодулирующие воздействия

12-й цикл

- Терминальные рези при учащенном мочеиспускании
1. Инстиляционный массаж простаты
 2. Антибактериальная терапия
 3. Комплексная витаминотерапия

13-й цикл

- Неприятные ощущения в области головки члена
1. Курс иглорефлексотерапии
 2. Антибактериальная терапия
 3. Микроклизмы с простатиленом

14-й цикл

- Плохой сон, апатия, психодепрессивные проявления
1. Микроклизмы из настоя пустырника с димексидом
 2. Курс лазеротерапии
 3. Антибактериальная терапия

15-й цикл

- Неприятные ощущения в области крестца
1. Лидаза (внутримышечно)
 2. Антибактериальная терапия

	16-й цикл	Санаторно-курортное лечение в «Куяльнике»
	17-й цикл	
Явления неспецифического уретрита		1. Антибактериальная терапия 2. Эндоуретральные инстилляции раствора перманганата калия
	18-й цикл	
Неприятные ощущения в мошонке		1. Простатилен 2. ЛОД 3. Тамсулозин
	19-й цикл	
Простаторрея		1. Массаж простаты на буже 2. Эндоуретральные инстилляци 3. Антибактериальная терапия
	20-й цикл	
Гемоспермия		1. Инстилляционный массаж простаты с раствором трилона Б 2. Антибактериальная терапия
	21-й цикл	
Несколько затрудненное мочеиспускание		1. Гомеопатический препарат Б29 ГЕНТОС

Данный условный перечень циклов, естественно, не может служить образцом в лечении всех больных с перечисленными проявлениями простатита, а представляет собой лишь один из примеров лечения среди многочисленных вариантов, проведенного конкретному пациенту в соответствии с особенностями течения его заболевания.

Следует также иметь в виду различную длительность перерывов между определенными терапевтическими циклами, что при амбулаторном лечении заболевания представляет обычное явление.

Периодическое включение массажных процедур в лечебные циклы дает врачу возможность сохранять свое непосредственное пальпаторное впечатление о состоянии простаты, своевременно определять про-

исходящие в ней изменения и в соответствии с этим намечать дальнейшую терапевтическую тактику. Массажные процедуры при этом могут проводиться через день или реже, два или даже один раз в неделю.

Перефразируя слова З. Балаяна, имевшего в виду операции на сердце («Литературная газета», № 27 от 2 июля 1997 г.), можно сказать, что при условии постоянного дигитального контроля и периодической массажной терапии, проводимой с учетом изменений в простате, пациент становится обладателем представительной железы «ручной работы».

Самолечение простатита

Что касается самолечения, то распространенное представление о простатите как следствии бактериального заражения простаты направляет все усилия больного на поиски наиболее интенсивных антибактериальных средств, естественно, в итоге не оправдывающих его надежд.

Не будучи способен объективно контролировать состояние железы и упрощенно понимая сложности патогенеза простатита, больной обычно использует ничем не оправданные шаблонные, а потому неэффективные терапевтические приемы.

Тем не менее самолечение простатита порой представляется некоторым пациентам эффективным терапевтическим вариантом, они стараются приобрести определенные навыки и интересуются механизмом лечебных воздействий. Один из наших пациентов как-то даже спросил: «А как вы массируете предстательную железу, через стенку прямой кишки или непосредственно?».

В нашей практике был также пациент-виртуоз, ре-

гулярно совершавший сам себе пальцевой массаж предстательной железы. По прошествии некоторого времени он обратил внимание на выраженную асимметрию простаты и пришел на консультацию с соответствующими вопросами (все остальное ему было ясно). При осмотре обе доли железы оказались совершенно одинаковыми, с чем он никак не хотел согласиться, пока не уяснил, что при массировании правой рукой (левой массировать он не умел) соответствующая половина железы достигается труднее и представляется менее выпуклой, а простата кажется асимметричной, что может быть при ее раковом поражении.

Что касается выполнения самомассажа простаты (обычно с помощью специальных, порой даже рекомендуемых приспособлений), то следует помнить, что массажная техника непременно зависит от особенностей структуры железы и патологических изменений в ней, поэтому эффект такого массажа чаще всего бывает отрицательным.

То же самое можно сказать и о выполнении массажа «обученными» супругами пациентов.

Типичным нежелательным моментом является обмен информацией между больными в коридорах поликлиник, в стационарах и на курортах. В результате такого обмена происходит взаимное индуцирование ранее отсутствовавшей симптоматики, больные обращаются к своему врачу с рекомендациями использовать те или иные новые методики лечения.

Следует упомянуть и о нередко наблюдаемом отрицательном отношении некоторых пациентов к медикаментозной терапии простатита. Такие больные обычно заявляют врачу о своем неприятии «химических», «синтетических» препаратов, отдавая предпочтение «травам» или в крайнем случае лекарствам на основе натуральных ингредиентов. При этом обычно

не принимается во внимание алергогенность, свойственная таким препаратам не в меньшей степени, чем аптечным. Многие больные, взяв в руки выписанный рецепт, тут же осведомляются, не антибиотик ли это, заявляя о своей «аллергии к антибиотикам». Пациент не знает, что в связи с неодинаковостью химических структур аллергия обычно развивается лишь к определенным антибиотикам, а не ко всем антибиотикам без исключения.

Понятно, что при исключении из терапевтической программы антибактериальных медикаментов существенно ухудшается перспектива улучшения состояния воспаленной железы.

Спрос, однако, рождает предложение, и поэтому приобретает популярность так называемое безмедикаментозное лечение ряда заболеваний, в том числе хронического простатита. Эффективность подобной терапии, естественно, несравненно ниже, чем при комплексном лечении, основанном на этиопатогенетических особенностях болезни данного пациента.

Тем не менее имеются разработки (Л. Г. Кругляк, 1997), включающие рекомендации по диетотерапии, лечебной физкультуре и прочим немедикаментозным методам, использование которых в комплексном лечении способно повысить его эффективность. При внимательном прочтении этой работы, в названии которой подчеркивается «безмедикаментозность» лечения простатита, читатель увидит (с.11), что автор, говоря о необходимости комплексной терапии простатита, на первое место все же ставит применение антибактериальных препаратов.

Подводя итог вышесказанному, нужно отметить неэффективность и опасность самолечения простатита. Роль пациента в лечении этого заболевания должна сводиться к соблюдению врачебных рекоменда-

ций, касающихся диеты (включая отказ от употребления спиртного), гигиены и соблюдения режима.

Фитотерапия хронического простатита

Трудности лечения хронического простатита вызывают у пациента понятное стремление найти более эффективный альтернативный терапевтический вариант, и они нередко обращаются к фитотерапевтам. Не отвергая в принципе определенных достоинств этого традиционного раздела народной медицины, все же скажем, что даже самые опытные фитотерапевты не в состоянии учесть всего патогенетического многообразия хронического простатита и назначить соответствующее лечение.

Особенность врачебного мышления состоит в том, чтобы возможно более полно представлять патогенетическую структуру болезни у каждого конкретного пациента и стремиться терапевтически воздействовать на основные звенья функционально-морфологических отклонений, составив соответствующую лечебную программу, включающую лекарственные растения.

На практике нередко имеет место недостаточно конкретное представление о фармакодинамических особенностях «трав». Это особенно касается фитотерапевтов, не получивших общего медицинского образования и назначающих лекарственные растения: «от печени», «от почек» и т.д. Хотя подобные обобщения и могут быть связаны с определенной органотропностью растений, это, однако, не всегда подтверждается фармакологическими данными.

Тем не менее укажем на те немногие известные

нам по собственному опыту варианты назначения «трав» в лечении простатита.

Прежде всего это использование теплых (40–45 градусов) водных настоев некоторых лекарственных растений в микроклизмах. Наиболее часто применяются свежезаваренные настои ромашки аптечной, цветков календулы, шалфея и пустырника. Говоря о различии в лечебном действии этих растений, надо отметить выраженный противовоспалительный эффект календулы, несколько более слабое, но сочетающееся с антисептическим и кровоостанавливающим действие шалфея, антиспастический и болеутоляющий эффект ромашки, имеющей к тому же менее выраженное, чем у календулы, противовоспалительное и несколько более слабое, нежели у шалфея, антисептическое действие, и свойственную пустырнику седативную способность, полезную при выраженном болевом синдроме.

Не следует, однако, забывать, что положительный эффект теплых микроклизм из настоев лекарственных растений в значительной мере объясняется не только фармакодинамическим, но и термическим эффектом этих процедур.

Нужно отметить также целесообразность перорального использования экстракта элеутерококка, обладающего выраженным адаптогенным и гонадотропным действием, и настойки аралии, имеющей аналогичное действие.

Следует также сказать о положительном действии на простату собираемой пчелами цветочной пыльцы (перги), которая содержит комплекс различных микроэлементов, ферментов, а также витамины Е и Р. Целесообразность использования пыльцы в лечении простатопатий подтверждается существованием препаратов цернилтон и аденопростал, созданных на ее

основе и применяемых для лечения простатита и аденомы простаты.

В комплексной терапии простатита может также использоваться спраутс (проросшие зерна злаков или орехов), способствующий подтвержденному повышению морфофункциональной активности некоторых гормонопродуцирующих систем (А. Ф. Яковцова и Г. И. Губина-Вакулик, 1995). Указывается на наличие в спраутсе витаминов, ферментов и аминокислот в оптимальных соотношениях. Получены также экспериментальные данные, позволяющие рекомендовать спраутс для заживления ран и реабилитации состояний, протекающих с существенным повреждением тканей.

В последнее время появились новые растительные препараты простатотрофического действия, использование которых рекомендуется как при доброкачественной гиперплазии (аденоме) простаты, так и при ее воспалении. Оправдывая некоторую настороженность по отношению к столь широким терапевтическим рекомендациям, сошлемся на работу W. Brey (1992) об использовании препаратов пальмы *Serenoa repens*, применявшихся в лечении аденомы простаты и простатита. Данные препараты оптимизируют тканевый метаболизм простаты. Экстракт плодов *Serenoa repens* использовался для лечения ДГП и абактериального простатита. Исследование показало наличие противовоспалительных свойств у препаратов данной группы.

С помощью газовой хроматографии экстракт *Serenoa* был разделен на три фракции (А, В, С), ингибировавшие синтез циклооксигеназы и 5-липоксигеназы — ферментов, принимающих участие в реализации воспалительной реакции в паренхиме простаты. К числу препаратов этой группы относятся серепрост и простасерен.

В лечении хронического простатита может быть рекомендовано использование гомеопатических средств, несомненно обладающих положительными терапевтическими свойствами. При этом желательно назначение препаратов, положительный эффект которых подтвержден достоверными результатами их клинической проверки.

Имеются статистически обработанные клинические данные о благоприятном воздействии при хроническом простатите и доброкачественной гиперплазии простаты комплексного гомеопатического препарата Б29 ГЕНТОС, разработанного австрийской фирмой БИТТНЕР и испытанного в Киевском НИИ урологии и нефрологии, в урологическом отделении Московского госпиталя им. Н. Н. Бурденко и Харьковском урологическом Центре.

Оценка эффективности препарата проводилась путем сравнения ряда субъективных и объективных показателей, а также была проверена возможность токсического влияния препарата.

Согласно полученным результатам препарат Б29 ГЕНТОС, содержащий гомеопатические дозировки растений (осина, тополь, болиголов) в сочетании с йодатом калия и пикриновым железом, повышает активность защитных антибактериальных механизмов, оказывает антипролиферативное действие на фибробласты, способствует усилению секреторной активности предстательной железы, а также корригирует дизурию и функциональные нарушения, обуславливающие застойные явления в области малого таза.

У 40% больных отмечено заметное снижение одного из наиболее частых проявлений простатита — болевых ощущений в промежности и поясничной области.

Применение Б29 ГЕНТОС в комплексном лечении обусловило статистически достоверное снижение

дизурических явлений. Нормализация учащенного мочеиспускания отмечено у 32,5%, ослабление имевшихся затруднений мочеиспускания — у 42,5%, урежение императивных позывов — у 47,5%, восстановление чувства полного опорожнения мочевого пузыря у 57,5%.

Ценным качеством препарата Б29 ГЕНТОС является улучшение эрекционных возможностей, отмеченное у 20% лечившихся. Наблюдавшееся при этом восстановление копулятивных семейных отношений, как известно, является существенным моментом в лечении воспаления предстательной железы.

Отмечена также существенная нормализация количества лейкоцитов в простатическом секрете, что подтверждает простатотропность препарата и его противовоспалительную активность.

При клиническом испытании препарата Б29 ГЕНТОС подтверждено отсутствие каких-либо отрицательных побочных действий.

Приведенные данные, а также фактическое отсутствие противопоказаний к применению препарата Б29 ГЕНТОС дают основания для включения его в комплексное лечение хронического простатита.

При этом, однако, нужно не забывать о необходимой комплексности лечения хронического воспаления предстательной железы. Несоблюдение этого условия может привести к недостаточной эффективности проведенной терапии и разочарованию пациента.

Ниже приводится описание фармакодинамических свойств некоторых лекарственных растений, которые могут применяться в лечении хронического простатита.

1. **Аир болотный (*Acorus calamus*)** — обладает противовоспалительным и антибактериальным действием. Настой корневища аира (10:200) употребляется по 50 мл 3–4 раза в день.

2. **Аралия высокая, или манчжурская (*Aralia elata (mandshurica)*)** — настойка корня на спирту (в соотношении 1:5), употребляемая по 20–30 капель 3 раза в день, оказывает антиоксидантное, адаптогенное и гонадотропное действие.

3. **Барвинок прямой (*Vinca erecta*)** — повышает тонус предстательной железы, улучшает потенцию. Используется спиртовая настойка (20,0–200,0), которую принимают по 5 капель дважды в сутки на протяжении недели. Следует иметь в виду опасность превышения указанной дозы.

4. **Борщевик европейский (*Heracleum sphondylium*)** — отвар из 1 чайной ложки на стакан кипятка, употребляемый 3 раза в день по столовой ложке, оказывает на простату тонизирующий эффект.

5. **Вереск обыкновенный (*Calluna vulgaris*)** — водный настой из двух чайных ложек травы на 0,5 л кипятка, выпиваемый в течение дня, оказывает противовоспалительное действие.

6. **Вероника лекарственная (*Veronica officinalis*)** — водный настой 20 г на 0,5 л кипятка; выпивают по полстакана трижды в день за час до еды, действует на простату противовоспалительно и тонизирующе.

7. **Вишня обыкновенная (*Cerasus vulgaris*)** — настой 1 чайной ложки размельченных плодоножек на 200 мл кипятка, употребляется по столовой ложке, оказывает при простатите противовоспалительное и мембраностабилизирующее действие.

8. **Грушанка круглолистная (*Pyrola rotundifolia*)** — спиртовая настойка (1:10), употребляют по 20 капель; оказывает на простату противовоспалительный и тонизирующий эффект.

9. **Дрок красильный (*Genista tinctoria*)** — настой из одной чайной ложки травы на стакан кипятка выпивают в течение дня, оказывает на железу тонизирующее действие при атонической простатопрее.

10. **Дубровник обыкновенный (*Teucrium chamaedrys*)** — настой из четырех чайных ложек измельченной травы и стакана кипятка; оказывает potenziрующее действие; выпивают по 1/4 стакана 4 раза в день.

11. **Живокость полевая (*Consolidan regalis*)** — антидизурический эффект оказывает водный настой (20 г сухой травы на 1 л кипятка), употребляемый по полстакана 3 раза в день после еды.

12. **Зимолюбка зонтичная (*Chimaphilla umbellata*)** — водный настой из 20 г травы на 0,5 л кипятка; выпивают в течение дня; оказывает антидизурическое действие.

13. **Календула (*Calendula officinalis*)** — обладает выраженным противовоспалительным действием. Выпускается в виде спиртовой настойки, раствор которой в воде (1 чайная ложка настойки на стакан кипяченой воды) может использоваться для инстилляций.

14. **Кирказон ломоносовидный (*Aristolochia clematitis*)** — оказывает гранулирующий, эпителизирующий и антимикробный эффект. Для промываний уретры рекомендуется использовать процеженный и остуженный отвар из двух столовых ложек травы на стакан воды.

15. **Конопля посевная (*Cannabis sativa*)** — используют семена (в поджаренном виде) в количестве 1 столовой ложки в день; повышает потенцию.

16. **Крапива двудомная (*Urtica dioica*)** — настой из 10 г сухих листьев на 200 мл кипятка в сутки способствует уменьшению дизурических расстройств. В настоящее время изучается лечебный эффект веществ, содержащихся в корне крапивы.

17. **Купёна душистая (*Polygonatum odoratum officinale*)** — повышает потенцию и обладает противовоспалительным эффектом. Употребляется в виде отвара из 15 г измельченных корневищ в 0,5 л воды по одной чайной ложке в течение дня. Указанную дозу не

рекомендуется превышать в связи с токсичностью растения.

18. Лещина обыкновенная (*Corylus avellana*) — отвар из 1 столовой ложки размельченной коры в 0,5 л воды; выпивают в течение дня; оказывает при простатите благоприятный эффект.

19. Лук репчатый (*Allium cepa*) — обладает антисклеротическим действием, стимулирует потенцию и сперматогенез. Настой из одной луковицы на 200 мл теплой воды употребляется по 50 мл 3—4 раза в день.

20. Мелколепестник канадский (*Erigeron canadensis*) — оказывает при простатите противовоспалительное действие. Употребляют по две столовые ложки водного настоя (1 столовая ложка сухой травы на стакан кипятка) 3—4 раза в течение дня.

21. Окопник лекарственный (*Symphytum officinale*) — имеет выраженный противовоспалительный эффект. Может быть использован для сидячих ванн вместе с почками черного тополя.

22. Петрушка кудрявая (*Petroselinum crispum*) — оказывает тонизирующий эффект на гладкую мускулатуру предстательной железы, способствует растворению камней и песка в мочевыводящих путях. Настой листьев петрушки (5:400) употребляется по 50 мл 4 раза в день.

23. Пустырник сердечный (*Leonurus cardiaca*) — обладает седативным и обезболивающим действием. Может использоваться в виде теплого водного настоя из 1 чайной ложки измельченной травы на стакан кипятка для микроклизмы на ночь.

24. Пырей ползучий (*Elytrigia repens*) — оказывает противовоспалительное и трофическое действие. Употребляется в виде отвара 1 столовой ложки сухих измельченных корневищ на пол-литра воды, выпивают в течение дня.

25. Ромашка аптечная (*Chamomilla officinalis*) — про-

изводит болеутоляющее и противовоспалительное действие. Употребляется в виде теплых микроклизм из 1 столовой ложки сухих цветов на стакан кипятка. Для микроклизмы может быть также использован раствор 1 чайной ложки аптечной спиртовой настойки ромашки — ромазулана в 100 мл теплой воды.

26. Сельдерей (*Arium graveolens*) — способствует повышению потенции. Употребляется по 100 мл настоя листьев и стеблей (40:400) 4 раза в день.

27. Синеголовник полевой (*Eryngium campestre*) — оказывает тонизирующее простату действие. Используется в виде водного настоя из двух чайных ложек сухой травы в 0,5 л кипятка. Остуженный настой выпивают по глотку в течение дня.

28. Стальник колючий (*Omonis spinosa*) — имеет противовоспалительный и простатодренирующий эффект. Используется в виде настоя из одной чайной ложки высушенных и измельченных листьев и цветов растения на стакан кипятка. Выпивают по 1/4 стакана 3–4 раза в день.

29. Тополь черный (*Populus nigra*) — настой из трех столовых ложек измельченных почек в литре горячей воды добавляют в таз для сидячей ванны. Почки тополя оказывают выраженное противовоспалительное действие. На основе почек тополя черного создан препарат аденол-форте, используемый для лечения аденомы предстательной железы.

30. Тыква обыкновенная (*Cucurbita pepo*) — семена тыквы, благодаря содержанию в них цинка, благоприятно действуют на паренхиму простаты. Употребляется ежедневно по 20–30 шт.

31. Тысячелистник обыкновенный (*Achillea millefolium*) — тонизирует мышечные элементы простаты. Употребляется в виде настоя из двух столовых ложек сухой измельченной травы на стакан кипятка. Осту-

женный настой выпивают в течение дня по 1/3 стакана после еды.

32. **Фиалка трехцветная (*Viola tricolor*)** — настой (15,0–200,0) принимают внутрь по одной столовой ложке 3 раза в день; обладает противовоспалительным и антиаллергическим действием.

33. **Хвощ полевой (*Equisetum arvense*)** — оказывает противовоспалительный и пролиферирующий эффект. В течение дня трижды выпивают через час после приема пищи по 1/3 стакана отвара из трех столовых ложек измельченной сухой травы в 200 мл воды.

34. **Шалфей лекарственный (*Salvia officinalis*)** — оказывает противовоспалительное и антисептическое действие. Используется в виде теплых микроклизм из настоя двух чайных ложек сухой травы на стакан кипятка.

35. **Элеутерококк колючий (*Eleutherococcus senticosus*)** — обладает антиоксидантными свойствами (ингибирует перекисное окисление липидов). Производит потенцирующий и адаптогенный эффект. Употребляется в виде спиртовой настойки по 30 капель в 100 мл воды за час до еды.

36. **Эхинацея пурпурная (*Echinacea purpurea*)** — иммуномодулятор. Используется в виде спиртовой настойки (1:10) по 30 капель 3 раза в день после еды.

Как уже говорилось, применяя лекарственные растения, необходимо ясно представлять их фармакодинамические свойства и использовать фитотерапию в соответствии с индивидуальными патогенетическими особенностями и клиническими проявлениями данной фазы заболевания.

Из этого следует, что, несмотря на укоренившееся представление о безвредности «трав», пациентам не следует без предварительной консультации с наблюдающим их врачом самостоятельно прибегать к фитотерапии.

Хотелось бы также предостеречь от безусловного

предпочтения фитотерапии научной медицине (репутация значительного числа «трав» базируется на статистически не подтвержденном эффекте их применения), и напомнить, что приписываемые лекарственным растениям полезные эффекты в большинстве случаев гораздо слабее, чем у соответствующих фармацевтических препаратов.

Это можно подтвердить следующим примером. Большинство ярых сторонников фитотерапии защищает наличие мочегонных свойств у определенных «трав» и, естественно, рекомендует их всем почечным больным вместо «химических» диуретиков. Однако ни один фитотерапевт не станет применять «мочегонные травы» в тех случаях, когда диуретический эффект имеет решающее терапевтическое значение, например, для борьбы с отеками у больных с сердечной или почечной недостаточностью.

Что же касается традиционного мнения о «безвредности трав», то нелишне вспомнить, что некоторые из них, в частности весьма популярные зверобой продырявленный (*Hypericum perforatum*) и материнка — душица обыкновенная (*Origanum vulgare*), вызывают при продолжительном применении гипоандрогению и в связи с этим вообще нежелательны для лечения мужчин.

Утверждение о неспособности растений вызывать аллергические реакции неверно с позиций как клинического, так и элементарного жизненного опыта, ибо всем хорошо известна часто встречающаяся индивидуальная непереносимость цитрусовых, клубники, шоколада, а также многочисленных продуктов животного происхождения (раков, икры, яиц, некоторых сортов мяса, меда и т.д.).

Из всего сказанного можно сделать вывод: фитотерапии принадлежит определенная роль в лечении

хронического простатита, однако ее не следует переоценивать.

Нередко встречающееся мнение о большей эффективности «трав» по сравнению с синтетическими лекарственными препаратами так же неверно, как и мнение об их безвредности.

Как известно, не только все лекарственные препараты, но и все пищевые продукты имеют отрицательные побочные эффекты, проявляющиеся при злоупотреблении ими.

Необходимо также иметь в виду, что нередко «траволечение», особенно рекомендуемое «народными целителями», является причиной запущенности течения заболеваний, дальнейшая терапия которых становится значительно более трудной.

Признавая, что народная медицина является фундаментом развития современных методов диагностики и лечения, нужно признать, что ей свойственны две особенности, значительно снижающие ее эффективность.

Прежде всего нужно иметь в виду отсутствие статистически достоверных результатов проверки ее эффективности. При этом обычно принимаются во внимание положительные сдвиги в течении болезни (которые нередко могут быть связаны с защитными свойствами организма) и не берутся в расчет случаи безуспешного лечения, вследствие чего результативность применения большинства методик может быть преувеличенной. Второй особенностью народной медицины является почти полное отсутствие информационных материалов об используемых в ней методах лечения, что не позволяет придать ей необходимую логическую структуру.

Очень типичным примером неправильного объяснения действия растительных препаратов является

применение топинамбура (земляной груши) при сахарном диабете.

Дело в том, что клубни этого растения содержат крахмалоподобный полисахарид инулин, не усваиваемый человеком и, следовательно, не превращающийся в его организме в сахар, чего нельзя сказать о картофеле, употребление которого для диабетиков, как известно, ограничено. В то же время из клубней топинамбура, кстати, довольно урожайной культуры, можно готовить те же блюда, что и из картошки.

Поэтому диабетик, систематически употребляющий топинамбур вместо картофеля, тем самым ограничивает поступление в организм одного из пищевых продуктов, повышающих содержание сахара. Между тем, благодаря созвучию балластного инулина и целительного инсулина, отсутствующего в клубнях, действие последнего переносится на топинамбур.

При этом также не принимается во внимание нецелесообразность употребления инсулина через желудок. Тем не менее нам приходилось даже видеть напечатанным в солидной газете утверждение, что топинамбур полезен диабетикам... именно благодаря наличию в нем инсулина (а не *инулина!*). Не больше и не меньше.

Следует еще раз подчеркнуть, что, применяя фитотерапию, необходимо четко определить дифференцированные показания к назначению конкретных лекарственных растений и спектр их лечебного действия. Кроме того, форма заболевания и характер осложнений должны быть точно установлены и подтверждены соответствующими объективными данными клинических, лабораторных и аппаратных исследований.

Профилактика обострений и рецидивов простатита

Уже говорилось о трудности терапии хронического простатита, полной санации которого, по литературным данным, удастся добиться менее чем у половины пациентов, причем после длительного, многомесячного лечения. Чаще результатом терапии бывает снижение степени остроты процесса, а также уменьшение выраженности имеющихся симптомов.

Понятно поэтому, насколько важно соблюдать меры, снижающие вероятность повторных обострений и рецидивов:

1. Соблюдение больным упорядоченного сексуального (желательно моногамного) режима.
2. Полный отказ от употребления спиртных напитков.
3. Избегание переохлаждений.
4. Периодическая пальпаторная оценка врачом состояния предстательной железы.
5. Исследование секрета простаты (нужно предостеречь пациента от самостоятельно предпринимаемых бактериологических исследований, так как последние всегда обнаруживают «возбудителя», т.е. микрофлору, сапрофитирующую в уретре у каждого человека).
6. Выполнение профилактического (при необходимости — инстилляционного) массажа простаты.
7. Периодическое проведение курса внутримышечного введения простатилена.

К этому нужно добавить необходимость вести среди пациентов санитарно-просветительную работу (разъяснять больному, что факт высеивания микрофлоры при бактериологическом исследовании секрета простаты не служит показанием к антибактериальному лече-

нию, а его убежденность в неизбежности наступления импотенции ни на чем не основана).

Памятка болящему простатитом

1. Простатит обычно возникает в результате сочетания разных причин: нестабильного полового режима, употребления алкоголя, переохлаждения, мало-подвижного образа жизни, снижения сопротивляемости организма и нарушения функций различных его систем, структурных и функциональных нарушений в простате, ее камней, присоединившейся инфекции и т.д. Поэтому попытки найти и устранить единственную причину простатита чаще всего неэффективны.

2. Диагностика простатита является комплексной, т.е., кроме установления факта заболевания, она должна еще уточнить его форму, стадию, осложнения и другие факторы, определяющие характер необходимого лечения. Признаки простатита у разных пациентов могут не совпадать, поэтому правильный диагноз может быть установлен только специалистом.

3. У каждого пациента болезнь имеет свои особенности, поэтому лечебные программы обычно индивидуальны. Клиническое течение простатита нестабильно, он порой обостряется, нередко осложняется, иногда приобретает скрытую форму и потому всегда требует врачебного наблюдения.

4. Для лечения простатита используются разнообразные терапевтические воздействия: медикаменты различных групп, массаж железы, микроклизмы, свечи, инстилляции, парапростатические блокады, локальная фаллодекомпрессия, лазерное воздействие и прочие физиопроцедуры, а также грязевые тампоны и аппликации. Нужное сочетание этих методов в со-

ответствии с течением болезни может определить только врач, постоянно наблюдающий больного.

5. Нельзя считать, что избавление от инфекции в простате излечивает простатит, так как практически всегда микробы присоединяются к возникшим в железе абактериальным структурно-функциональным нарушениям, которые не могут быть излечены никакими антимикробными препаратами.

6. Сложность и многообразие патологических изменений в простате при ее воспалении исключает наличие какого-либо одного лекарства или метода, излечивающего простатит. Именно поэтому чаще всего программы лечения простатита у разных больных бывают различными. Хорошим терапевтическим эффектом при некоторых заболеваниях простаты обладают гомеопатические капли «ГЕНТОС».

7. Лечить простатит должен только специалист. Только врач, периодически ошупывающий простату, может заметить возникающие изменения ее структуры и провести соответствующее лечение. Например, при массаже простаты должны учитываться ее индивидуальные особенности, строение, тонус и изменения в ходе лечения, что доступно только урологу.

8. Пациент, считающий, что одновременное исполнение рекомендаций нескольких специалистов повышает эффективность терапии, ошибается. Лечиться одновременно у различных врачей не следует, так как при этом их ответственность за результаты лечения уменьшается. Кроме того, рекомендации разных врачей на одном и том же этапе терапии могут быть различными, хотя и обоснованными. В этом случае больной будет вынужден искать следующего врача, который тоже, скорее всего, даст рекомендацию, опять-таки, не совпадающую с уже имеющимися. И вообще, у семи нянек — дитя без глаза.

9. Никогда не следует рассчитывать на быстрое

выздоровление от простатита. Излечение за один сеанс вообще невозможно. Надежда на избавление от болезни за короткое время обычно ничего, кроме разочарования, не приносит. Лечение простатита всегда длительно, многоэтапно и требует терпения, настойчивости и постоянного соблюдения предписанного режима.

10. Упорядоченная половая жизнь является необходимым «фоном» для лечения простатита. Одинаково нежелательны и сексуальные перегрузки и длительные периоды полового воздержания.

11. Употребление любых спиртных напитков, даже нечастое и в небольших количествах, всегда приводит к обострению воспалительного процесса или уничтожает результаты лечения. И наоборот, воздержание от спиртного равносильно постоянному применению эффективного лекарства.

12. Переохлаждение, даже вызванное купанием в природных и искусственных водоемах, приводит к обострению простатита, поскольку и временное снижение температуры тела ослабляет защитные функции организма.

13. Физический труд и спорт (кроме плавания и велоспорта) не вредят простате. Сидячий образ жизни и работы усложняет течение простатита и затрудняет его лечение.

14. Употребление «острых» блюд и приправ может вызывать обострение болезни. При этом нужно знать, что некоторые продукты, противопоказанные при заболеваниях желудка и печени: уксус, лимоны, кислые фрукты и ягоды, квашеная капуста, соленые огурцы и помидоры, а также жирная и жареная пища — при простатите не приносят вреда. Не следует злоупотреблять лишь блюдами и приправами, имеющими жгучий вкус (перец, хрен, лук и чеснок) и копченостями.

15. Постоянные запоры нарушают кровообращение в железе, обостряют течение простатита и затрудняют его лечение. Борьбаться с запорами нужно повышенной подвижностью и употреблением пищи, богатой клетчаткой.

16. Не нужно огорчаться постоянным обнаружением микробов при обычном посеве простатического сока. Они могут попадать в него из конечного отдела уретры, где они имеются всегда и у всех. Однако смена половых партнеров, даже если они вполне здоровы, приводит к взаимному обмену ассоциациями микробов, которые «мирно живут» в половых органах у каждого человека. Такой обмен вызывает повышение агрессивности микрофлоры, что создает вероятность обострения простатита и затрудняет его лечение.

17. Одной из причин ухудшения самочувствия бывает взаимное отрицательное психогенное влияние друг на друга в санаториях, поликлиниках, стационарах. Узнав о ранее не известных проявлениях болезни, больные начинают искать их у себя и обычно находят. Кроме того, пессимизм, свойственный многим больным, может внушаться их собеседникам. И наконец, пациент может посчитать свое лечение недостаточным, если в нем отсутствуют терапевтические элементы, проводившиеся другим.

18. Несмотря на достигнутый успех лечения простатита пациент должен выполнять данные рекомендации и периодически посещать врача для профилактических осмотров и исследований, поскольку рецидивы и обострения вполне вероятны. Вовремя выявленный рецидив легче поддается лечению.

19. Проводимое лечение, хотя и не всегда приводит к полному выздоровлению, но облегчает течение заболевания и уменьшает возможность возникновения его осложнений.

20. Не следует преувеличивать обязательность от-

рицательных последствий простатита. Снижение потенции при простатите обычно наступает в результате самовнушения у тех, кто убеждает себя в ее неизбежности.

21. Строгое соблюдение врачебных рекомендаций является залогом результативности лечения. В этом случае наличие даже длительно имеющегося хронического простатита не исключает нормальной семейной жизни. Известный афоризм: «простата — второе сердце мужчины», хотя и кажется убедительным, но не соответствует истине. Сердце, как у мужчин, так и у женщин, только одно.

Перспективы локальной медикаментозной профилактики аденомы простаты

Э. К. Арнольди, О. К. Аромире

Проблема лечения доброкачественной гиперплазии (аденомы) предстательной железы в последнее время получила определенные перспективы дальнейшего развития, благодаря использованию различных неоперативных, и в том числе аппаратных и медикаментозных, методик.

Это основано на топогенетическом применении теории образования аденомы простаты из подвергающихся метаморфозу и гиперплазии эпителиальных клеток периуретральных (слизистых) желез, берущих на себя в замещающем порядке андрогенпродуцирующую функцию при возрастном снижении выра-

ботки тестостерона в яичках (Bartsch G. and al. 1996; П. С. Серняк и соавт., 1997).

Помимо андрогенов, к зональным инициаторам развития аденомы простаты относится также эпидермальный фактор роста — EGF (Franco Di Silverio, 1997). В связи с этим для торможения развития ДГПЖ может оказаться перспективным локальное применение ингибиторов 5-альфа-редуктазы и других антиандрогенных и прочих препаратов с возможным непосредственным воздействием на образование и рост аденомы простаты.

В настоящее время вновь приобрела актуальность взаимосвязь простатита и ДГПЖ. Наличие простатита и фибротизации простатической капсулы в настоящее время считается этиологическим фактором развития аденомы простаты и одной из причин усугубления ее клинических проявлений, в связи с чем рекомендуется адекватная превентивная терапия воспалительных процессов в предстательной железе (Isaacs J. T., 1994; А. В. Аркатов, 1996; О. И. Братчиков и соавт., 1996).

Использование возможностей эндопростатического проникновения уретрально вводимых лекарственных композиций обусловливается наличием уретропростатического рефлюкса (Б. С. Гехман, 1967), а также широким развитием в последнее время комплексных эндоурологических методик.

Возможность инстилляционного воздействия на периуретральные железы определяется их непосредственным контактом с мочеиспускательным каналом.

Развитие аденомы простаты из периуретральных желез оправдывает целесообразность профилактического местного медикаментозного воздействия именно в топогенетической зоне ДГПЖ.

Эндоуретральное введение растворов лекарственных веществ значительно облегчается при использо-

вании универсальной одноразовой шприцевой канюли CANAR, в перспективе представляющей возможности даже для самостоятельного проведения пациентом рекомендованных ему профилактических инстилляций.

Одновременно хотелось бы отметить целесообразность возрождения различных инстилляционных методик, некогда популярных, а в настоящее время почти вышедших из употребления в связи с появлением исходно активных антибактериальных препаратов, эффективность которых, как правило, постепенно понижается из-за развития устойчивости флоры. Употребление пластмассовых одноразовых шприцевых наконечников CANAR значительно облегчает осуществление различных инстилляционных, ирригационных и аспирационных процедур, повышая тем самым эффективность лечения.

Степень проникновения в предстательную железу эндоуретрально вводимых лекарственных веществ стимулируется добавлением димексида, обладающего «транспортным эффектом», усиливающим их всасывание.

Эффективность местного воздействия лекарственных препаратов может быть увеличена добавлением Na-карбоксиметилцеллюлозы, повышающей адгезию необходимых лекарственных композиций к эпителиальной поверхности простатических ацинусов. Это свойство NaКМЦ уже используется в офтальмологии и позволяет вдвое уменьшить частоту местного применения пилокарпина при глаукоме. Таким образом, проблема локального медикаментозного воздействия с целью профилактики развития ДГПЖ (аденомы периуретральных желез) представляется перспективной и в связи с этим нуждается в дальнейшей теоретической разработке, а также экспериментальном и клиническом изучении. В частности, при эксперимен-

тальном исследовании применимости местного подавления активности эпидермального фактора роста следует определить его необходимый уровень для сохранения достаточной степени регенерации слущивающегося эпителия слизистой оболочки уретры.

Можно предвидеть справедливые возражения против практического использования вышеперечисленных возможных локальных профилактических медикаментозных воздействий. Разумеется, прежде, чем их применять практически, необходима экспериментальная и клиническая проверка эффективности, которая пока не завершена.

Однако никакое исследование не может быть начато и, соответственно, выполнено без предварительной постановки и формулирования его задач, а также разработки возможных путей их исследования и решения.

Данную публикацию следует рассматривать как предполагаемую перспективу, дальнейшее развитие и коррекция которой может повысить результаты поисков методов предупреждения (или, по крайней мере, замедления) развития доброкачественной гиперплазии простаты.

Arnoldi Eduard K., MD

CHRONIC PROSTATITIS: problems, prospects, experience

This book, written by the Assistant Professor of the Department of Urology of the Kharkov Medical University, concentrates on the etiology, pathogenesis, symptoms, diagnosis, and treatment of chronic prostatitis,— one of the most frequently encountered diseases among young- and middle-aged men.

In our time, the problem of chronic prostatitis has gained significant importance due to the range of ecological, social, and ethico-moral causes, which considerably increased the morbidity. Some data (Yunda I. E., 1987) show, that morbidity of chronic prostatitis has increased almost in two times during the past decades, and reached the level, which totals nearly half of all men 20–50 years old. This disease is also important in patients, suffering from benign prostatic hyperplasia — age-related illness, which affects significant part of men older 60, in whom prostatitis, not infrequently, exacerbates with ascending infection and (or) hemorrhages the period after surgical and instrumental procedures performed for this reason.

Both diagnosis and treatment strategies in chronic prostatitis should arise from the principle of individual pathogenetic features, which depend on different complex etiogenetic factors (some of them are shown in the corresponding chapter).

Physiological role of the prostate gland is diversified, involving realization of variable reproductive functions, as well as retention of the urine (and, correspondingly, normal urine excretion).

One of the main functions of the prostate consists in production of the secretion, which provides, after ejaculation, dilution of the sperm and mobility of the spermatozoa due to the presence of fructose and zinc citrate. Dilution of the ejaculate is also achieved by action of the proteolytic ferments, produced by the prostate.

The researches, undertaken by Lynn Fraser et al in the London Kings College Biomedical Science Labs, revealed in the spermatic plasma the presence of the FPP (fertilization promoting peptide) produced by the prostate gland. FPP prevents premature acrosomal reaction of the spermatozoa. As was shown by the researches, conducted by P.G.Morosov (1990), considerable percentage of the male infertility is brought about by impaired tissue metabolism in the prostate.

Besides this, the prostate is among important elements of the testosterone production regulating system. Not long ago, the theory of substitutive role of the prostate in age-related impairment of hormone function of the testes was suggested (G.Bartch et al, 1996). In such a condition, as authors assume, the prostate begins the testosterone production. The released testosterone, in its turn, exerts influence upon the prostate, resulting in stimulation of the periurethral gland hypertrophy, that causes prostate adenoma development.

Prostatitis, similarly to pyelonephritis, largely presents the collective term, which includes different in their activity and extent inflammatory processes, developing due to the initiation and stabilization of various structural and functional pathologic changes in the prostate.

It was proved, that allergy and autoimmunization play significant role in the evolution of chronic prostatitis (I.F.Yunda et al, 1975; M.I.Kaplun et al, 1978; V.P.Chernyshev, 1984; N.A.Lopatin et al, 1982).

In this book, the modern complex approaches to the treatment of different forms of prostatitis are described,

including new method of the conservative treatment for calculous inflammation of the prostate. The book deals with some topics, concerning the fertility impairment, related to the prostatitis, and also describes other up-to-date diagnostic and curative methods, employed in chronic prostatitis. There are some problems discussed, pertaining to the interrelation between prostatitis and benign prostate hyperplasia, as well as to the probability of the benign prostate hyperplasia development in such a patient.

Besides this, the presence of prostatitis increases the likelihood of complications after surgical treatment of this disease. It becomes especially important, considering the fact, that chronic prostatitis exists in almost a half of the patients, suffering from benign prostate hyperplasia. Consequently, one may expect, that more than a half of the patients, operated for the benign prostate hyperplasia will be apt to the activation of the urogenital infection in the postoperative period.

Two main factors participate in the etiology of chronic prostatitis: congestive factor, leading to development of the morpho-functional changes of the gland, and infectious factor, which worsens these changes.

The existence of the uroprostatic refluxes plays a distinct role both in pathogenesis of the prostate diseases and in treatment of these disorders. At the same time, these refluxes make it possible for different diagnostic and medicinal substances to penetrate into the surrounding tissues and venous system, achieving the corresponding effects.

Development of the prostatic concrements presents the essential consequence of the uroprostatic reflux (B.N. Holtzov, 1927), though, this is not the only cause of prostatolithiasis.

Endourethral usage of antibacterial, anti-inflammatory, fibrinolytic, and other water-soluble preparations, especially in the combination with Dimexid, allows employment of the urethral refluxes as the factors, facilitating penetration

of the heightened concentrations of the medicinal preparations in treatment of the urethra, penis, and prostate diseases.

Taking into account appropriate for chronic prostatitis elevation of the antibody titer, some investigators consider it necessary to use immunodepressants in order to prevent the autoaggressive processes (M.I.Kaplun et al, 1978; O.L.Tyktinski, 1984; I.V.Karpukhin, 1983).

Thus, in the pathogenesis of chronic prostatitis the following main factors may be distinguished: Beginning of the congestive or retentive processes in the prostate, associated with inadequate sexual regimen, sedentary life, concomitant diseases (one of the main causes — habitual constipation), and constitutional features of the vegetative status. Development of the alterative changes in the prostate parenchyma, and, also, decrease of the local or general reactivity, leading to the diminished immunity, or, vice-versa, to the hyperimmunisation with the prostate antigen (simultaneous shifts in the immunologic status are not excluded).

Some external factors should be added, including toxic influence of frequently used alcohol beverages and strong spices, as well as hygienic (cold exposure) factors. Addition (usually per continuitatem) of the pathogenic, or activated conditionally pathogenic flora from the posterior urethra. Existence, on the above-mentioned basis, of the primarily chronic inflammatory process, proceeding with alternating activity, and leading to the gradually developing sclerotic processes in the prostate.

Following changes of the prostate may be reckoned as morpho-functional:

Congestive plethora of the prostate as a result of the frequent sexual excesses, or, on the contrary, on the basis of frustrations. Stasis of the capillary blood circulation leads to the increased volume of the gland within the capsule

limits, which results in compression of the alveolar ducts and impairment of the secretion outflow.

Intrapelvic venous congestion syndrome — IVCS.

Increased, owing to the prevailing sympathetic influence (or by the action of reflex), tonus of the prostatic smooth muscle, which leads to compression of the alveolar ducts.

Atony of the gland without significant morphological changes.

Reduced general prostatic tonus in combination with dilated alveoli, gaped prostatic ducts, and uroprostatic reflux.

Stagnation of contents in the dilated prostatic ducts, as a result of plugging their distal parts by the thickened secretion. These changes may appear in the form of so-called postmassage deformity (altered volume and tonus of the prostate after massage).

Confined prostatic ischemiae, developing due to the continuous compression of the prostate by solid fecal masses in chronic constipation.

Prostatic infarctions, resulting from thrombosis and embolization with consequent purulent inflammation, scarring, and possible development of the diverticula.

Hemorrhages in the prostatic tissue, resulted from the vessel disrupters due to traumas and congestive changes with formation of the "blood cysts".

Inflammatory edema of the alveolar prostatic duct orifices in posterior urethritis.

Inflammatory changes, pronounced mainly in the lumen of the prostatic ducts without stagnation of the purulent discharges.

Confined inflammatory infiltration of the parenchyma.

Plugging or scarring of the duct orifices with presence of the retentive changes of the prostate duct lumens due to the permanent or persistent impairment of the prostate secretion outflow.

Sequelae after prostatic abscesses, developed on the

basis of impaired secretion outflow, melted inflammatory leukocytic infiltrates and prostatic infarctions. These pathologic changes have the traits of confined sclerotic zones.

Atrophy of the prostatic parenchyma and smooth muscle elements with the cicatro-sclerotic transformation of the gland (post-gonorrheal prostatic sclerosis).

Presence of the separate or multiple prostate diverticula.

Prostatolithiasis with injuries and pressure sores of the alveolar epithelium, and development of the retention and inflammatory changes. Besides, calculi represent secure defense for the inhabiting microflora, protecting it from antibacterial medicinal preparations.

Changes, characterizing specific (tuberculosis, actinomycosis etc.) diseases.

Enumerated pathologic changes may have isolated character, or associate with each other in various combinations.

Hence it appears, that above-named morpho-functional prostatopathiae in most cases create the opportunities for infectioning the prostate. Therefore, etio-pathogenesis of prostatitis has a complex structure, marked by its individuality.

Accordingly, the treatment of prostatitis, besides antibacterial therapy, includes the factors, possibly diminishing expressiveness of the above-mentioned changes, the regimen, preventing their augmentation or recurrence, and also the row of other therapeutic components.

Infection of the prostate may be caused by its own microflora, which lives as a saprophyte in the lower urinary tract (autogenous infection; it is necessary to have some predisposing factors for such a process, because one has certain immunity to these flora), or by extraneous flora (heterogeneous or xenogenous infection), when the immunity to it is absent.

Литература

Абдулаев М. И., Омаров А. И. Лечение хронического простатита у больных аденомой предстательной железы // Пленум Всерос. науч. о-ва урологов: Тез. докл.— Курск, 1993.— С. 5–6.

Айинде Б. Д. Бактериологические и патоморфологические аспекты в диагностике и лечении хронического простатита: Автореф. канд. дис.—Харьков, 1996.

Акулович А. И. Применение цинк-прополисного раствора в комплексной терапии больных хроническим неспецифическим простатитом// Здоровоохранение Белоруссии.— 1984.— № 3.— С. 69–71.

Александров В.П., Новиков И.Ф., Учваткин А.В. и др. ТУР в комплексном лечении хронического простатита // Пленум Всерос. науч. о-ва урологов: Тез. докл.— Пермь, 1994.— С. 13–14.

Александров В. П., Скрябин Г. Н., Печерский А. В. Роль лимфотропной антибиотикотерапии в профилактике гнойно-воспалительных осложнений после аденомэктомии // Пленум Всерос. науч. о-ва урологов: Тез. докл.— Курск, 1993.— С. 6–7.

Али Х. М. Трудности ультразвукового исследования заболеваний предстательной железы // Пленум Всерос. науч. о-ва урологов: Тез. докл.— Курск, 1993.— С. 7–8.

Алчинбаев М. К., Ибраева А. Ш. Использование метода морфометрии в морфологической диагностике хронического воспаления в узлах гиперплазии предстательной железы // Современные проблемы урологии: Мат. науч. тр. VI Междунар. конгресса урологов.— Харьков, 1998.— С. 228–230.

Альдо Исидори, Андреа Фаббри. Паракринные ме-

ханизмы в яйчке и новые перспективы лечения мужского бесплодия (налтрексон)//Andr., Repgr., Sex. 1992.— V. 1, № 2.— 1992.

Аль-Шукри С. Х., Амдий Р. Э., Горбачев А. Г. и др. Цистометрия у больных хроническим простатитом // Мат. IX Всерос. съезда урологов.— М., 1997.— 326 с.

Аль-Шукри С.Х., Бобков Ю.А., Горбачев А.Г. и др. Влияние хронического простатита на тонкую морфологию сперматозоидов // Современные проблемы урологии: Мат. науч. тр. VI Междунар. конгресса урологов.— Харьков, 1998.— С. 342—343.

Аль-Шукри С. Х., Горбачев А. Г., Кузьмин И. В. и др. Введение в биорегулирующую терапию при урологических болезнях.— СПб: Наука, 1996. — 93 с.

Аль-Шукри С. Х., Ткачук В. Н., Горбачев А. Г. и др. Новые технологии в диагностике воспаления предстательной железы // Аденома предстательной железы: Мат. науч. тр. V Междунар. Конгресса урологов.— Харьков, 1997.— С. 279—280.

Амосов А. В. Лечение некоторых форм хронического простатита // Урол. и нефрол.— 1989.— № 5.— С. 22—24.

Амосов А. В., Халифа М. Ультразвуковая симптоматология хронического простатита // Пленум Всерос. науч. о-ва урологов: Тез. докл.— Пермь, 1994.— С. 18—19.

Антибактериальная терапия в урологии и нефрологии / Под ред. В. С. Карпенко.— Киев: Здоров'я, 1979.

Арбулиев М. Г., Гомзатов А. Г., Ашбекова С. А. Использование излучения оптического квантового генератора в комплексном лечении хронических простатитов // Урол. и нефрол.— 1988.— № 5.— С. 14—17.

Аркатов А. В. Вплив запального процесу в тканині аденоми передміхурової залози на результати її хірургічного лікування. Автореф. канд. дис.— Київ, 1996.

Арнольди Э. К. Влияние конструкции барокамеры

на эффективность локальной декомпрессии полового члена (суперлокальная фаллодекомпрессия) // *Andr., Repr., Sex.: Offic. Journal of Russian Association Human Reproduction.*— 1992.— V. I.— № 1.

Арнольди Э. К., Горленко А. С., Айинде Б. Д. Лазерное излучение в комплексном лечении хронического простатита // *Мат. науч.-практ. конф. «Применение лазеров в медицине».*— Харьков, 1994.

Арнольди Э. К., Лесовой В. Н., Арнольди К. Э. и др. Применение натрий-карбоксиметилцеллюлозы для оптимизации лекарственных композиций поверхностного действия // *Тез. докл. IV Рос. национального конгресса «Человек и лекарство».*— М., 1997.— 307 с.

Арнольди Э. К., Лесовой В. Н., Маммедов О. М. и др. Способ дифференциальной диагностики эректильной импотенции // *А.с. № 1364289.*— 1987.

Арнольди Э. К. Массаж предстательной железы // *Andr., Repr., Sex.: Offic. Journal of Russian Association Human Reproduction.*— 1994.— V. III.— № 3—4.— p. 24—27.

Арнольди Э. К. Простатит: опыт, проблемы, перспективы.— Х.: Каравелла; Питер-Т; Неофит, 1997.— 112 с.

Бабюк И. А. Современная диагностика хронического простатита // *«Журнал дерматологии и венерологии».*— Х., №1, 1998.— С. 75—77.

Балткайс Я. Я., Фатеев В. А. Взаимодействие лекарственных веществ.— М.: Медицина, 1991.— 304 с.

Бекмурадов У. Б., Юсупов Н. А., Малышев О. М. и др. Хронический простатит и его осложнения // *Диагностика и лечение заболеваний мужских половых органов: Сб. науч. тр.*— Ташкент, 1987.— С. 13—14.

Богомольный Н.Г., Тетрадов А. Н. Корреляционный анализ эффективности комплексного лечения больных хроническим простатитом // *Мат. III Всес. съезда урологов.*— Минск, 1984.— С. 260—261.

Боржиевский Ц. К., Галун Н. М., Фельдман М. Ю. Влияние гастроэнтерологических заболеваний на возникновение, диагностику, течение и лечение больных хроническим простатитом // Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 261–262.

Боржиевский Ц. К. Санаторно-курортное лечение больных хроническим простатитом // Науч.-прак. конф. Тез. докл.— Трускавец, 1984.— С. 147–148.

Боржиевский Ц. К., Фитьо И. С. Применение димексидо-медикаментозных смесей при лечении хронического простатита // Урол. и нефрол.— 1980.— № 2.— С. 34–37.

Борисова-Хроменко В. М., Неймарк А. И., Вишняков И. В. Нарушение гемодинамики предстательной железы при хроническом простатите и их лечение // Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 262–263.

Братчиков О. И. Принципы оперативного лечения больных гиперплазией предстательной железы: Автореф. дис. докт. мед. наук.— М., 1995.

Братчиков О. И., Хальзов Р. Б., Хальзов М. Р. Применение аппарата «ИФС» и простатилена у больных гиперплазией простаты, осложненной простатитом // 2-й съезд ассоциации урологов Дона.— Ростов н/Д, 1996.— С. 28–29.

Вагнер Г., Грин Р. Импотенция.— М.: Медицина, 1985.

Вартапетов Б. А., Демченко А. Н. Предстательная железа и возрастные нарушения половой деятельности.— Киев: Здоров'я, 1975.

Васильченко Г. С. Патогенетические механизмы импотенции.— М.: Медгиз, 1956.

Великанов К. А., Новиков А. М., Петровский Ю. Б. и др. Хирургическое лечение больных хроническим простатитом // Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 264.

Возианов А. Ф., Горпинченко И. И., Бойко Н. И. и др. Применение простатилена при лечении больных с заболеваниями предстательной железы // Урол. и нефрол.— 1991.— № 6.— С. 43-46.

Возианов А. Ф., Пасечников С. П., Ковтуняк О. Н. Лазерная рефлексотерапия больных хроническим простатитом // Врач. дело.— 1991.— № 2.— С. 45-48.

Возианов А. Ф., Люлько А. В. Урологія.— Київ: Здоров'я, 1993.

Волков С. В., Королихин В. В. О растворении камней почек. Возможность применения трилона-Б в качестве химического растворителя (экспериментальное исследование) // Урология.— 1962.— № 5.

Ворник Б. М. Андрологические аспекты бесплодного брака // Бесплодие: Вспомогательные репродукционные технологии.— Киев, 1995.

Гехман Б. С. Рентгендиагностика острого и хронического простатита // Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.

Гехман Б. С. Уретрография и простатография.— Киев: Здоров'я, 1967.

Гладкова А. И., Кочубей С. И. Гормональные механизмы сексуальных расстройств при неинфекционных простатитах // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. I Всес. конференции сексопатологов.— Ташкент, 1986.— С. 159.

Гладкова А. И. Мужские половые функции при гиперпролактинемии // Урол. и нефрол.— 1987.— № 4.

Гладкова А. И. Современные представления о механизмах регуляции сперматогенеза // Современные основы клиники и диагностики сексуальных расстройств.— Керчь, 1985.

Голигорский С. Д. Очерки урологической семиотики и диагностики.— Кишинев, 1971.

Гомелла Л. Г., Фрайд Д. Д. Простатит и другие за-

болевания предстательной железы.— М.: Медицина, 1995.

Горбачев А. Г., Агулянский Л. И. Эскузан в терапии больных хроническим простатитом // Вест. дерматол. и венерол.— 1988.— № 8.— С. 63–66.

Горлин А. Е. Куперовы железы (в норме и патологии): Канд. дис.— Харьков, 1941.

Горпинченко И. И., Бойко Н. И. Применение пептидного биорегулятора простатилена в сексологической практике // *Andr., Rep., Sex.: Offic. Journal of Russian Association Human Reproduction.*— 1993.— V. II.— № 3.

Горпинченко И. И., Прощико К. В., Педченко О. Я. О камнеобразовании в предстательной железе при хроническим простатите // *Врач. дело.*— 1992.— № 11–12.— С. 93–96.

Горюнов В. Г., Кузьмин Г. Е., Евдокимов В. В. и др. Контроль за функциональной активностью предстательной железы // *Урол. и нефр.*— 1994.— № 2.— С. 31.

Гресь А. А., Будревич А. Е., Севастьянов Н. С. Простатит как причина бесплодия // *Пленум Всерос. науч. о-ва урологов: Тез. докл.*— Пермь, 1994.— С. 52.

Гринчук В. А. Лечение половых расстройств у больных хроническим простатитом // *Лечение половых расстройств: Тез. докл. Респ. науч. конференции сексопатологов Украины.*— Луцк, 1982.— С. 127–130.

Грищенко В. И., Щербина Н. А. Этиологические и патогенетические аспекты невынашиваемости беременности // *Международ. мед. жур.*— 1997.— № 4.— С. 17–20.

Гурженко Ю. Н. Лазерная рефлексотерапия в лечении больных хроническим простатитом, осложненным копулятивной дисфункцией // *Пленум Всерос. науч. о-ва урологов: Тез. докл.*— Пермь, 1994.— С. 54–55.

Давидов М. И., Битеев В. Х. Простатит: / Уч.-метод. пособие.— Киров, 1993.

Давидов М. И., Климов Б. Н. Лечение эректильной дисфункции у больных хроническим простатитом эндоуретральной стимуляцией зоны семенного бугорка // Матер. IX Всерос. съезда урологов.— М., 1997.— С. 457.

Данилова И. Н., Миненков А. А., Нестеров И. И. и др. Применение лазерного излучения при хронических воспалительных заболеваниях предстательной железы // Вопросы курортол., физиотер. и леч. физич. культ.— 1985.— № 2.— С. 43–45.

Даренков А. Ф., Симонов В. Я., Кузьмин Г. Е. и др. Трансуретральная электрорезекция при хроническом простатите и ее осложнения // Урол. и нефр.— 1989.— № 1.— С. 18.

Датуашвили Т. Б., Лахмотко А. А. Низкоэнергетическое лазерное излучение в лечении больных хроническим простатитом: Обзор // *Andr., Rep., Sex.: Offic. Journal of Russian Association Human Reproduction.*— 1994.— V. III.— № 3–4, P. 28–30.

Двояковский П. Д. Комплексное лечение хронического простатита на курорте «Кисловодск»: Автореф. канд. дисс.— Харьков, 1978.— 19 с.

Дзержинская И. И., Максимов В. А., Хамаганова Е. Г. и др. Д- (двойные) розеткообразующие нейтрофилы при хроническом простатите // Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 238.

Добровольская Л. И. Бактериальная флора в этиологии хронического неспецифического простатита: Автореф. канд. дис.— М., 1980.— 22 с.

Добровольская Л. И. Состояние репродукционной функции у облученных мужчин, страдающих хроническим простатитом // Бесплодие. Вспомогательные репродуктивные технологии.— Киев, 1995.

Дранник Г. Н., Юнда И. Ф., Монтаг Т. С. и др. Со-

стояние Т- и В-систем иммунитета у больных хроническим простатитом // Урол. и нефр.— 1986.— № 2.— С. 59—61.

Дроговоз С. М., Россихин В. В., Исакова Т. И. и др. Фармакотерапия заболеваний мочеполовой системы.— Харьков: Основа, 1995.— 240 с.

Дунаевский Я. Л., Резник Б. И., Степанов А. К. и др. Взаимосвязь хронического простатита с воспалительными заболеваниями прямой кишки // Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 250—251.

Завадецкая Е. П., Борисенко Ю. А., Луцицкий Е. В. и др. Уровень половых гормонов в плазме крови больных различными формами хронического простатита // Лабораторная диагностика: Тез. докл. III Всес. съезда врачей-лаборантов.— М., 1985.— С. 53—54.

Заварзин А. А., Шелкунов С. И. Предстательная железа // Руководство по гистологии.— М., 1954.— С. 650—651.

Ивдра П. П. Лечение хронического простатита протеолитическими ферментами и гепарином // Урол. и нефр.— 1976.— № 1.— С. 44—46.

Имшинецкая Л. П. Аномалии положения яичек (крипторхизм) // *Andr., Repr., Sex.: Offic. Journal of Russian Association Human Reproduction.*— 1992.— V. I.— № 3—4.

Имшинецкая Л. П. Обоснование гормонотерапии хронического неспецифического простатита // Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 252—253.

Калинкович Н. И., Аксенов Ж. П. О восходящем литолитизе трилоном Б. Неоперативные методы лечения мочекаменной болезни и медикаментозная профилактика ее рецидивов: Материалы симпозиума.— Киев, 1972.— С. 40—41.

Камышан И. С., Павлова Л. П., Бязров С. Т. и др. Диагностика, лечение и диспансеризация больных ту-

беркулезом предстательной железы: Метод. рекомендации.— Киев: Здоров'я, 1986.

Кан Д. В., Сегал А. С., Кузьменко А. Н. Диагностика и лечение хронического неспецифического простатита: Метод. рекомендации.— М.: Медицина, 1980.— 30 с.

Кан Д. В. Хронический неспецифический простатит // Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 180—188.

Каплун М. И., Ларионова Л. А. Лечебная гимнастика при хроническом простатите // Урол. и нефр.— 1987.— № 4.— С. 21—23.

Каплун М. И., Сперанский В. В., Смирнов В. Д. и др. Аутоиммунные и гормональные нарушения при простатите // Вест. дерматол. и венерол.— 1978.— № 12.

Каплун М. И. Хронический неспецифический простатит.— Уфа: Башкирское книжное изд-во, 1984.

Карпенко В. С., Абрамов Ю. А., Кривошей Н. Ф. Амбулаторная урология.— Киев: Здоров'я, 1980.— 223 с.

Карпенко В. С., Гринько А. Д. Хронический простатит как одна из причин склероза предстательной железы // Респ. науч.-практ. конференция: Тез. докл.— Трускавец, 1984.— С.164—165.

Карпенко В. С., Романенко А. М., Гринько А. Д. Склероз предстательной железы.— Киев: Здоров'я, 1985.— 143 с.

Карпухин И. В., Копелнова Е. В., Разуваев А. В. и др. Т- и В-лимфоциты секрета предстательной железы при хроническом простатите и их изменения при воздействии электрического поля УВЧ // Вопросы курортол., физиотер. и леч. физич. культ.— 1983.— № 3.— С. 35—37.

Клепиков Ф. А., Клименко П. М. Лечение и профилактика хламидийных простатитов // Урол. и нефрол.— 1988.— № 5.— С. 21—23.

Клименко П. М., Клепиков Ф. А. Иммунокорректи-

рующее действие Т-активина при хламидийных простатитах // Дерматол. и венерол.— 1989.— № 24.— С. 86—88.

Клименко П. М. Клиника, диагностика и лечение хламидийных уретропростатитов: Автореф. канд. дис.— Киев, 1988.— 24 с.

Корик Г. Г. Хронический простатит.— М.: Медицина, 1975.

Кривенко В. В., Потебня Г. П., Лисовенко Г. С. и др. Нетрадиционные методы диагностики и терапии.— Киев: Наукова думка, 1990.

Кругляк Л. Г. Простатит: профилактика и лечение хронических простатитов и половых расстройств без медикаментов.— М.: Квиана, 1997.— 64 с.

Лейбель С. А., Суходольская А. Е., Добровольская Л. И. и др. Микробная флора камней мочевого пузыря в связи с их составом // Урология. Вып. 5.— 1971.— С. 48—52.

Лесовой В. Н. Методологические аспекты применения ультразвукового оборудования в урологии // Вестн. пробл. совр. мед.— 1995.— вып. 1.— С. 88—89.

Лікарські рослини: Енциклопедичний довідник / За ред. А.М. Гродзінського.— Київ: Здоров'я, 1990.

Лопаткин Н. А., Борисенко Н. И., Городецкая С. Б. и др. Дифференциальная диагностика аллергического простатита // Урол. и нефрол.— 1990.— № 2.— С. 17—20.

Лопаткин Н. А., Мартов А. Г. Перспективы современной рентген-эндоскопической урологии // Мат. IX Всерос. съезда урологов.— М., 1997.— С. 111—130.

Лопаткин Н. А., Оренков А. Ф., Горюнов В. Г. и др. Трансректальная микроволновая гипертермия в лечении больных хроническим простатитом // Пленум Всерос. науч. о-ва урологов: Тез. докл.— Пермь, 1994.— С. 88—89.

Лопаткин Н. А. Заболевания предстательной же-

лезы // Междунар. мед. журн.— Т. 4.— №1.— X.: 1998.— С. 96–101.

Люлько А. В., Кадыров Т. Воспалительные заболевания мочеполовых органов.— Душанбе: Урфон, 1990.— 224 с.

Люлько О. В., Садиков С. В., Стусь В. П. Вплив простатектомії і хронічного запалення передміхурової залози та морфофункціональний стан сім'яників та надниркових залоз в експерименті // Урологія.— 1997.— № 1.— С. 46–52.

Люлько А. В., Юнда И. Ф., Серняк П. С. и др. Заболевания предстательной железы.— Киев: Здоров'я, 1984.— 280 с.

Мавров Г. И. Репродуктивна функція у хворих на сечостатевої хламідіоз і мікоплазмоз: Автореф. докт. дис.— Харків, 1995.— 45 с.

Мавров И. И. Микоплазменная инфекция при воспалительных заболеваниях мочеполовых органов // Вест. дерматол. и венерол.— 1981.— № 7.— С. 15–19.

Мавров И. И. Морфологические и гистологические изменения уретры и предстательной железы у больных, перенесших гонорейю // Дерматол. и венерол.— 1974.— Вып. 9.— С. 153–156.

Мавров И. И. Половые болезни: Энциклопедический справочник.— Киев, Москва, 1994.

Максимов В., Чернышев А., Каратаев С. Озонотерапия (современное состояние вопроса) // Мед. газ.— 1997. 19 сент.— С. 8–9.

Малышкин И. Н. Общие закономерности и отличительные особенности патогенеза сочетанного бесплодия уrogenитального генеза // Andr., Repr., Sex.: Offic. Journal of Russian Association Human Reproduction.— 1994.— V. III.— № 3–4.— P. 65–70.

Мамбетов Ж. С. Этиологические факторы хронического простатита // Современные проблемы уроло-

гии: Мат. науч. тр. VI Междунар. конгресса урологов.— Харьков, 1998.— С. 314—317.

Мамчур Ф. И. Фитотерапия урологических хворих // Київ: Здоров'я, 1977.

Масалыгина Л. С. Роль предстательной железы в нарушении функциональной активности семенников: Автореф. канд. дис.— Львов, 1983.— 15 с.

Масловский С. Ю. Нервы и сосуды предстательной железы человека и некоторых животных: Автореф. канд. дисс.— Харьков, 1966.

Матвеев Б. П., Бухаркин Б. В., Комарова Л. Е. и др. Предварительные результаты скрининга рака предстательной железы // Мат. междунар. симпозиума «Рак предстательной железы».— СПб, 1996.— С. 30.

Мачхелянц П. Я., Шехтер Г. М., Цыбина Р. А. Психотерапия и физиотерапия в лечении невротических и сексуальных расстройств при хроническом простатите // Мат. III Всес. съезда урол.— Минск, 1984.— С. 282—283.

Машковский М. Д. Лекарственные средства: Пособие для врачей. Изд. 13-е. В 2 т.— Харьков: Торсинг, 1997.

Мейнуоринг У. Механизмы действия андрогенов.— М.: Мир, 1979.

Мельник Ю. Ю. Применение рефлексотерапии в комплексе реабилитационных мероприятий при хроническом простатите // Курортол. и физиотер.— 1985.— Вып. 18.— С. 118—119.

Мильман Л. Я. Импотенция.— М.: Медицина, 1972.— 262 с.

Минаков Н. К., Павлов А. В. Половые расстройства и бесплодие при хроническом простатите // Пленум Всерос. науч. о-ва урологов: Тез. докл.— Пермь, 1994.— С. 103—104.

Мирошников В. П., Бакуров Е. Д. Терапия хрониче-

ского простатита // Пленум Всерос. науч. о-ва урологов: Тез. докл.— Пермь, 1994.— С. 105–106.

Мирошников В. П., Резников Л. Я., Якушев В. И. Опыт комплексного лечения хронического простатита // Вопросы курортол., физиотер., леч. физич. культ.— 1990.— № 3.— С. 38–40.

Михайличенко В. В. Бесплодие у мужчин // Руководство по андрологии / Под ред. О. Л. Тиктинского.— Л., 1990.

Морозов П. Г. Мужское бесплодие: прецизионная диагностика.— Кишинев: Штиинца, 1990.— 87 с.

Морозов П. Г. Состояние акросомальной системы спермиев при некоторых видах мужского бесплодия: Автореф. канд. дис.— Киев, 1990.

Напреенко А. К. Характеристика и методы коррекции психосексуальных нарушений у больных хроническим простатитом //Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.

Наталуха И. Н. Применение диадинамофореза линкомицина в комплексном лечении больных хроническим бактериальным простатитом.— Харьков, 1990.

Нейманс А. И. Микроклизмы с водным экстрактом пантокрина при лечении больных хроническим простатитом // Пленум Всерос. науч. о-ва урологов: Тез. докл.— Пермь, 1994.— С. 111–112.

Неотложная урология и нефрология / Под ред А.В. Лялюко.— Киев: Здоров'я, 1996.

Низамов Ф. З., Устинов В. П., Умаров Т. С. О взаимосвязи хронического простатита с хроническим тонзиллитом //Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 241–242.

Паникратов К. Д., Семенов А. В., Стрельников А. И. Низкоинтенсивное лазерное воздействие при хроническом неспецифическом простатите// Мат. IX Всерос. съезда урологов.— М., 1997.

Панченко Л. В. Возрастные особенности связывания и превращения тестостерона в 5-альфа-дигидротестостерон в некоторых органах у крыс // Дис. канд. биологических наук.— Харьков, 1987.

Паращук Ю. С. Бесплодие в браке.— Киев: Здоров'я, 1994.

Пекус Е. Н. Исследование секрета простаты // Руководство по клинической и лабораторной диагностике.— Киев, 1991.

Переверзев А. С., Гринько А. Д. Роль хронического простатита в развитии склероза предстательной железы // Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 242—243.

Перепанова Т. С., Чиненный В. Л., Ширшов В. А. и др. Антибактериальная профилактика и лечение послеоперационных воспалительных осложнений в трансуретральной хирургии // Новые методы эндоскопической диагностики и лечения: Мат. симпозиума.— Курск, 1991.— С. 7—9.

Планельес Х. Х. О механизме возникновения суперинфекций при антибиотикотерапии бактериальных инфекций // Антибиотики.— 1961.— № 6.— С. 573—576.

Полонский Б. Л., Борисенко Ю. О. Розлади сексуальної функції у чоловіків, пов'язані із захворюванням статевих органів // Статеві розлади / За ред. Й. М. Аптера.— Київ, 1974.— С. 192—215.

Померанцев А. А. Камни предстательной железы // Многотомное руководство по хирургии.— Т. IX.— М.: Медгиз, 1959.— С. 417—420.

Попов А. И., Лопатина Т. М. Метод диагностики хронического простатита путем биохимического исследования секрета предстательной железы // Здравоохранение Белоруссии.— 1990.— № 1.— С. 61.

Проскура Н. С., Устинов В. П. Цитологическая ди-

агностика простатитов и аденомы предстательной железы // Лабораторное дело.— 1976.— № 1.— С. 12—14.

Проскура О. В. Неспецифические простатиты и везикулиты // Многотомное руководство по клинической урологии.— М., 1970.

Пытель А. Я., Пытель Ю. А. Рентгенодиагностика урологических заболеваний.— М.: Медгиз, 1966.

Пытель Ю. А., Золотарев И. И. Неотложная урология.— М.: Медицина, 1985.

Пытель Ю. А., Чакалева И. И., Шемякин Ф. М. Влияние цитратов на некоторые биохимические процессы в организме больных уратным нефролитиазом // Неоперативные методы лечения мочекаменной болезни и медикаментозная профилактика ее рецидивов: Мат. симпозиума.— Киев, 1972.— С. 43—46.

Раус С. Первичная помощь в урологии / Пер. с англ.— М.: Медицина, 1979.— 288 с.

Редькович В. И., Дервянко И. И., Лямин Б. А. Эффективность лазерной терапии при хроническом простатите // Мат. IX Всерос. съезда урологов.— М., 1997.— С. 245—246.

Редькович В. И., Евсеев Л. П., Чиненный В. Л. Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на эякуляцию у больных хроническим простатитом // Пленум Всерос. науч. о-ва урологов: Тез. докл.— Пермь, 1994.— С. 138—139.

Резников Л. Я., Ганкин В. Е., Резников Л. Л. Применение магнитных свечей при лечении хронических воспалительных заболеваний предстательной железы // Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 277—278.

Родоман В. Е., Савинов В. А., Авдошин В. П. и др. Иммунокоррекция в комплексном лечении больных хроническим простатитом // Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 276—277.

Руденко А. В. Бесплодие у мужчин как следствие

микоплазма-инфекции // Актуальные вопросы сексопатологии.— Киев, 1984.— С. 31.

Руководство по андрологии / Под ред. О. Л. Тиктинского.— Л.: Медицина, 1990.

Рыбак Г. В., Селезнев Е. И. Опыт лечения астенозооспермии невыясненной этиологии // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами.— Харьков, 1990.

Рябинский В. С., Гуськов А. Р., Голубчиков В. А. и др. Значение прямой электрической стимуляции предстательной железы в комплексном лечении хронического простатита // Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 296—297.

Савинов В. А. Гирудотерапия в урологической клинике.— М.: Медицина, 1993.

Савинов В. А. Коррекция иммунитета у больных раком предстательной железы.— М.: Медицина, 1989.

Садіков С. В. Роль порушень функціонального взаємозв'язку сім'яників та передміхурової залози у патогенезі неплідності: Автореф канд. дис.— Київ, 1997.

Самура Б. А., Дралкин А. В. Фармакокинетика.— Харьков: Основа, 1996.

Сексопатология: Справочник / Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.

Селезнев Г. Г., Коган М. И., Панченко С. Н. Цитологические и цитохимические исследования секрета предстательной железы при хроническом простатите // Клинич. андрол. Сб. науч. тр.— Ростов н/Д, 1985.— С. 38—47.

Селезнев Г. Г. Патогенез, диагностика и лечение хронического простатита: Автореф. канд. дис.— Ростов н/Д, 1989.

Семенов А. В., Паникратов К. Д., Стрельников А. И. Фармакореопростатография в диагностике расстройств

гемодинамики предстательной железы // Мат. IX Всероссийского съезда урологов.— М., 1997.— С. 348.

Серняк П. С., Мавров И. И., Бухарович М.Н. и др. Современные принципы диагностики и терапии хронических бактериальных простатитов // III Всероссийский съезд урологов: Тез. докл.— Минск, 1984.— С. 222—223.

Симонов В. Я., Антипов Д. В., Козлов В. А. и др. Трансуретральная электрорезекция предстательной железы у больных хроническим простатитом // Мат. III Всесоюзного съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 223—224.

Сиповский П. В., Симонов В. А. Предстательная железа // Руководство по патологической анатомии. Т. VII.— М., 1964.— С. 387—426.

Статеві розлади / Під ред. Й. М. Аптера.— Київ: Здоров'я, 1974.

Стельмах К. Г. Профилактика и лечение хронического простатита: Методические рекомендации.— Черкассы, 1981.— 68 с.

Судариков И. В. Камни предстательной железы // Сексология и андрология.— Киев, 1997.— С. 589—596.

Тамм Т. И. Эффективность применения некоторых фторхинолонов при лечении различных заболеваний // Врач. практика.— 1997.— № 3.— С. 65—69.

Тарасов Н. И., Волчегорский И. А., Серегин С. П. Патогенетически обоснованная терапия хронического простатита: Уч. пособие для врачей-курсантов.— Челябинск, 1997.— 15 с.

Терещенко Н. К. Новый способ рентгенодиагностики проходимости пузырно-уретрального сегмента // Мат. III Всесоюзного съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 340—341.

Терещук С. И. Сексуальная реадaptация пациентов, перенесших аденоэктомию простаты: Автореф. канд. дис.— Киев, 1987.

Терновой К. С., Розенфельд Л. Г., Терновой Н. К. и др. Принципы поиска решений медицинских проблем.— Киев: Наукова думка, 1990.— 200 с.

Тиктинский О. Л. Воспалительные заболевания предстательной железы и семенных пузырьков // Травмы и хирургические заболевания органов таза и наружных половых органов.— Л., Медгиз, 1969.— С. 118—136.

Тиктинский О. Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов.— М.: Медицина, 1984.— 304 с.

Тиктинский О. Л., Калинина С. Н. Простатит — мужская болезнь.— СПб, 1994.— 64 с.

Тиктинский О. Л., Новиков И. Ф., Михайличенко В. В. Заболевания половых органов у мужчин.— М.: Медицина, 1985.

Ткачук В. Н., Аль-Шукри С. Х., Горбачев А. Г. и др. Влияние простатита на фертильные свойства эякулята у больных хроническим простатитом // Пленум Всерос. науч. о-ва урологов: Тез. докл.— Пермь, 1994.— С. 163—164.

Ткачук В. Н., Горбачев А. Г., Агулянский Л. И. Хронический простатит.— Л.: Медицина, 1989.

Ткачук В. Н., Горбачев А. Г., Хавинсон В. Х. Применение простатилена при лечении больных хроническим простатитом // Урол. и нефрол.— 1991.— № 6.— С. 40—43.

Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства.— М.: Медицина, 1986.

Трудный диагноз в урологии / Под ред. Д. Л. МакКаллаха.— М.: Медицина, 1994.

Уоррен Фрэнк. Медицинская акупунктура / Пер. с англ.— Киев: Вища школа, 1981.

Урология / Под ред. Н.А. Лопаткина.— М.: Медицина, 1982.

Ухаль М. И., Гончар М. А., Фоменко В. Р. О патогене-

незе и лечении олигозооспермии при хроническом простатите и везикулите // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. I Всес. конференции сексопатологов.— Ташкент, 1986.— С. 158.

Фармацевтический анализ лекарственных средств / Под ред. В. А. Шаповаловой.— Харьков: Рубикон, 1995.

Фельдман Н. Ю. Применение ректального фонорефа торфяной лечебной грязи больным хроническим простатитом // Курортол. и физиотер.— 1985.— Вып. 18.— С. 117—118.

Ходак Л. А. Фармакотерапия герпесвирусных инфекций // Междунар. мед. журнал.— 1997.— № 4.— С. 57—59.

Хольцов Б. Н. Частная урология. Вып. III. Болезни предстательной железы и семенных пузырьков.— Л.: Практическая медицина, 1927.

Хомяк Е. В. Хронический простатит холостых мужчин: Автореф. канд. дис.— Киев.— 1991.— 24 с.

Хэм А., Кормак Д. Гистология: Пер. с англ.— М.: Мир, 1983.

Цулукидзе А. П. Неспецифические воспалительные заболевания предстательной железы и семенных пузырьков // Многотомное руководство по хирургии.— Т. IX.— 1959.— С. 405—411.

Чебаненко А. И., Скоробогатов И. А. Применение димексида для повышения эффективности лечения больных хроническими циститами // Мат. IV съезда урол. УССР.— Киев, 1985.— С. 476—478.

Чепурнов А. К. Клинико-иммунологические и хирургические аспекты хронического неспецифического простатита: Автореф. канд. дис.— М., 1986.— 24 с.

Чернышов В. П. Иммунологическая диагностика при хроническом простатите и склерозе предстательной железы // Мат. III Всес. съезда урологов.— Минск, 1984.— С. 211.

Шабад А. Л., Минаков Н. К., Мкртчян Г. Г. и др. Предоперационная противовоспалительная и послеоперационная терапия больных калькулезным пиелонефритом и аденомой предстательной железы с хроническим простатитом в амбулаторно-поликлинических условиях // Урол. и нефрол.— 1994.— № 5.— С. 24–27.

Шаповал В. И., Арнольди Э. К., Вольфовский В. Д. К вопросу лечения хронических простатитов // Урология.— Вып. 5.— Киев, 1971.

Шаповал В. И., Арнольди Э. К., Козин Ю. А. Цистоскопия.— Киев: Здоров'я, 1984.— 77 с.

Шаповал В. И., Арнольди Э. К. Неспецифические воспалительные заболевания нижних мочевых путей и половых органов // V конференция урологов УССР: Тез. докл.— Киев. 1971.— С. 89–96.

Шелепова В. М., Соколов А. В., Нечинай А. М. Простатспецифический антиген: Возможности клинического использования // Terra medica, 1997.— № 1.— С. 15–17.

Эфендиев Н. Л., Рзаев А. Ю., Исроняев С. Л. Количественные, качественные параметры эякулята и ультраструктура сперматозоонов при хроническом бактериальном простатите // Азербайджанский мед. журнал.— 1990.— № 2.— С. 15–21.

Юнда И. Ф. Простатиты.— Киев: Здоров'я, 1987.

Юрченко Г. Г., Исаченко Е. Ф., Крамар М. И. и др. Влияние стрессовых ситуаций на качество спермы человека // Бесплодие.— Киев, 1995.

Яковцова А. Ф., Губина-Вакулик Г. И. Спраутс и реабилитация: обоснование использования // Вестник проблем современной медицины.— 1995.— № 5.— С. 147.

Ясинский Б. В., Жиборов Б. Н., Исраилов С. Р. Опыт использования лазерного излучения в терапии хронического простатита // Современные методы лазер-

ной терапии. Тез. докл. Всес. научн. конференции по лазеротерапии.— Рязань, 1989.— С. 102—108.

Яцуха М. В. Некоторые аспекты эпидемиологии трихомониаза // Вестн. дерматол. и венерол.— 1989.— № 1.— С. 36—40.

Aagaard T., Madsen P. O. Bacterial prostatitis: new methods of treatment // Urology. 1991. 37(3 suppl.) 4—8.

Anderson K-E. Pharmacology of lower urinary tract smooth muscles and penile erectile tissues., Pharmacol. Rev. 45: 254, 1993.

Baert L., Leonard A. Chronic bacterial prostatitis: 10 years of experience with local antibiotics // Urol. 1988. Oct. 140(4), 755—757.

Baker H.W.G. Clinical Evaluation and Menagement of Testicular Disorders in the Adult.//The Testis. Second Edition. Raven Press. New York, 1989.

Barbalias G., Liatsikos E. Athanasopoulos A., Dandinis K. Hypoechoigenisity of the periferal zone caused by «chronic non specific local prostatitis» and simulating cancer of the prostate // BJU, V. 80, S.2, Sept. 1997. № 1000, p. 255.

Bartsch G. and al. Overview of BPH preclinical research results. J. Andr.and Reprod., 3, 5, 1996.

Berger R.E., Krieger J.N., Ross S., Rothman I., Muller C., and Hillier S. «NON-BACTERIAL» prostatitis: is caused by bacteria?, J. Urol., V. 155, 1457, 1996.

Boerema T. B. New 4-quinolones in the treatment of urinary tract infections // Pharm.— Weekbl (Sci). 1986. Feb. 21,8(1), 46—52.

Bianchi G. D., Maynard M., Williams R. D. Differentiation of prostatitis from prostate cancer using ratio of free to total PSA. Journ. Urol. 155, 458, 1996.

Breu W. Antiophlogistische Wirkung eines mit hyperkritischem Kohlendioxid gewonnen Sabalfrucht-Extraktes // Arzneimittel-Forschung 1992 Apr; 42(4): 547-551) (Anti-inflammatory activity of sabal fruit extracts

prepared with supercritical carbon dioxide. In vitro antagonists of cyclooxygenase and 5-lipoxygenase metabolism.)

Caine M., Raz S., and Zeigler M. Adrenergic and cholinergic receptors in the human prostate, prostatic capsule and bladder neck., *Brit. J. Urol.*, 47: 193, 1975.

Canale D., Scaricabarozzi I., Giorgi P., Turchi P., Ducci M., Menchini-Fabris G.F. Use of a novel non-steroidal anti-inflammatory drug, nimesulide, in the treatment of abacterial prostatovesiculitis // *Andrologia*, 1993, May — Jun; 25(3): 163–166.

Ceri H., Molder K., Olson M.E., Benediktsson H., Linton L. and al. The Role of Pili in the Pathogenesis of Bacterial Prostatitis., *J. Urol.* 155, 1455, 1996.

Chiarina F., Mansi A., Tomao P., Gentile V. et. al. Chlamydia trachomatis genitourinary infection: laboratory diagnosis and therapeutic aspects. Evaluation of in vitro and in vivo effectiveness of azithromycin//*T — Chemother.* 1994. Aug., 6(4). 238–242.

Choi I O.N.G., Soh S. N., Yoon T. H., Song M.H. Clinical Experience with transurethral microwave thermotherapy for chronic nonbacterial prostatitis and prostatodynia //*T. Endourol.* 1994. Feb, 8(1). 61–64.

Dik P., Lock T. M., Schrier B. P. & al., Zeisslemaker B. Y., Boon T. A. Transurethral marsupialization of a medial prostatic cyst in patients with prostatitis-like symptoms. *J. Urol.*, 1996 Apr; 155(4): 1301–1304.

Dormia E., Malagola G., Minervini S., Dormia G., Castellani R., Bertana F., Gonnella G., Luongo P., Mazza L., Longo G. The lithochemiolysis nowadays //*BJU*, V. 80, S.2, Sept. 1997. N V90, p.371.

Fahim M. S., Ibrahim H. H., Girgis S. M., Essa H. A., Hanafi S. Value of intraprostatic injection of zinc and vitamin C and of ultrasound application in infertile men with chronic prostatitis // *Arch. Androl.* 1985. 14(1). 81–87.

Hedlung H., Anderson K-E. and Larrson B. Alfaadrenoceptors and muscarinic receptors in the isolated human prostate., *J. Urol.* 134: 1291, 1985.

Hong S. J. and al. Transrectal color Doppler imaging is effective for the posttreatment monitoring of prostatic inflammation. *J.Urol.*155, 480, 1996.

Isaacs J. T. Etiology of benign prostatic hyperplasia. *Europ. Urol.* 1994; 25 Suppl 1: 6-9.

Kamoi K., Terasaki T., Kojima M., Watanabe H. The possible USE of transrectal sonography (TRS) in predicting intrapelvic venous congestion syndrome (IVCS) as revealed by three-dimensional magnetic resonance venography (3D-MRV). *Journ. Urol.* 155, 463, 1996.

Jimenez-Cruz J. F., Tormo F. B., Gomez J. G. Treatment of chronic prostatitis: intraprostatic antibiotic injections under echography control // *J. Urol.* 1988. 139(5), 967-970.

Jodai A., Maruta M., Shimomae E., Sakuragi T. and al. A long-term therapeutic experience with Cernilton in chronic prostatitis// *Hinyokika-Kiyo.* 1988. Mar, 34(3), 561-568.

Krieger J.N. Prostatitis syndromes: pathophysiology, differential diagnosis and treatment // *Sex-Transm-Dis.* 1984. Apr-Jun, 11(2). 100-112.

Kumon H., Monden K., Nasu J., Ohmori H. Detection of causative organisms in bacterial prostatitis based on local immune response// *BJU*, V. 80, S. 2, Sept. 1997. N403, p. 103.

Lenzi A., Lombardo F., Gandini L., Culasso F., Dondero F. Glutathione therapy for male infertility // *Archives of Andrology*, 1992, Jul-Aug; (1): 65-8.

Liu S., Miller P.D., Holmes S.A., Christman T.J., Kirby R.S. Eosinophilic prostatitis and prostatic specific antigen/ / *Brit. J. Urol.* 1992. 69(1) 61-63.

Madsen P. O., Jensen K. M., Iversen P. Chronic bacte-

rial prostatitis. theoretical and experimental considerations // Urol. Res. 1983. 11(1), 1-5.

McNeal J. E. Normal histology of the prostate. Am. J. Surg. Pathol. 112. 619. 1987.

Meares E. M. Prostatitis // Med. Clin. North. Am. 1991. Mar., 75(2). 405-424.

Monga M., Roberts J. A. Spermagglutination by bacteria: receptor-specific interactions. J. Andr. 1994 Mar-Apr; 15(2): 151-156

Morita T., Tsujii T. and Dokita S. Regional differences in functional roles of cAMP and cGMP in lower urinary tract smooth muscle contractility., Urol. Int., 49: 191, 1992.

Nguyen H. T., Etzell J. and Turek P. Normal human ejaculatory duct anatomy: a study of cadaveric and surgical specimens // J. Urol., Vol. 155, May 1996.

Nickel J. C., Downey J., Clark J. et. al. Antibiotic pharmacokinetics in the inflamed prostate // J. Urol. 1995. Feb, 153(2). p. 527-529.

Nickel J. C., Sorensen R. Transurethral microwave thermotherapy for nonbacterial prostatitis. // J. Urol., V.155, 1996. 6.

Nishimura T., Horiuchi K., Oki M., Terashima Y., Sugizawa Y., Tuboi N., Yoshida K., Akimoto M., Shi P. C. Clinical application of transrectal ultrasonic therapy to nonbacterial prostatitis and prostatodynia cases which were resistant to conventional drug therapy. Hiniokika Kiyō — Acta Urologica Japonica 1993 Oct; 39(10); 907-911.

Normandin D. E., Lodge N. J. Pharmacological characterisation of the isolated canine prostate., J. Urol. V.155, May 1996, 1758-1761

Okamura K., Mizunaga M., Arima S., Tokunaka S. and al. The use of dimethyl sulfoxide in the treatment of intractable urinary frequency // Hinyokika-Kiyō. 1985. Apr, 31(4), 627-631.

Pansadoro V., Emiliozzi P., Defidio L., Scarpone P.,

Sabatini G., Lauretti S. PSA and prostatitis in men under fifty. *J. Urol.* 155, 1458, 1996.

Persson B. E., Ronquist G. Evidence for a mechanistic association between nonbacterial prostatitis and levels of urate and creatinine in expressed prostatic secretion. *J. Urol.* 1996 Mar; 155(3); 958–960.

Pfau A. The treatment of bacterial prostatitis // *Infection.* 1991, 19. Suppl 3. 160–164.

Rhodes Thomas. Reliability of digital rectal examination (DRE) measures to assess prostate size relative to transrectal ultrasonography (TRUS), *Brit. Journ. Urol.* Vol. 80, Suppl. 2, Sept. 1997, 858.

Rigatti P., Buonaguidi A., Grasso M., Lania C. and al. Morphodynamic and biochemical assessment of seminal plasma in patients who underwent local prostatic hyperthermia // *Prostata.* 1990. 16(4), 325–330.

Rugendorff E. W., Weidener W., Ebeling L., Buck A.C. Results of treatment with pollen extract (Cernilton N) in chronic prostatitis and prostatodynia // *Br. J. Urol.* 1993. Apr., 71(4). 433–438.

Saw K. C., Hartfall W. G., Rowe R. C. Tuberculous prostatitis: nodularity may simulate malignancy//*Brit. J. Urol.* 1993, Aug; 72 (2): 249.

Sech S. M., Roehrborn C. G., Girman C. J., Rhodes Th. How Accurate and Clinically Relevant is Digital Rectal Examination in Determining Prostate Size?// *Prospectives contemporary issues in managing prostatic disease.* Vol.7. № 4, 1997, 1–4.

Socher S., O'Leary M. P., Richie J. P., Loughlin K. R., Kumar S. Prevalence of Prostatitis in men undergoing biopsy for elevated PSA or abnormal digital rectal exam. *J. Urol.*, 155, 457, 1996.

Takeda M., Tang R., Shapiro E., Burnett A. L., Lepor H. Effects of nitric oxide on human and canine prostates. *Urology*, 45: 440, 1995.

Vespasiani G., Virgili G., Guirioli A., Di Stasi S. M.,

Torelli F., Valitutti M. Echography in prostatitis. *Archivio Italiano di Urologia, Andrologia* 1994 Sep; 66 (4 Suppl): 37-40.

Weidner W., Schiefer H. G. Chronic bacterial prostatitis: Therapeutic experience with ciprofloxacin // *Infection*. 1991. 19 Suppl. 3. 165-166.

Yamamoto M., Kana S., Natsume H. The effectiveness of a combination of trimethoprim plus rifampicin and local injection of antibiotics into the prostate in chronic bacterial prostatitis // *Hinyokika-Kiyo*. 1985. Mar, 31(3), 441-448.

Yavascaoglu I., Simsek U., Oktay B., Ozyurt M. The role of ejaculation in the treatment of nonbacterial prostatitis.// *International Journal of Andrology*, Vol. 20, Suppl. 1, April 1997, 79, 20.

Содержание

Введение	3
Вопросы эпидемиологии простатита	6
О функциях простаты	11
Морфология предстательной железы	16
Этиологические факторы хронического простатита	19
Уретровенозные, уретропростатические и уретровезикулосеминальные рефлюксы	22
Патогенез хронического простатита	25
Изменения в простате, обуславливающие возникновение простатита, и их возможный этиогенез	29
Патоморфологическая характеристика хронического простатита	34
Инфекция, сопровождающая простатит	40
Иммунология простатита	54
Гормональные изменения при простатите	57
Классификации простатита	58
Осложнения простатита и сопутствующие заболевания	62
Склероз предстательной железы	66
Кисты предстательной железы	67
Камни предстательной железы	68
Простатит и бесплодие	72
Простатит и доброкачественная гиперплазия (аденома) простаты	75
Рак простаты и простатит	80
Симптоматика хронического простатита	81
Тест I-PSS при хроническом простатите	88
Качество жизни	89
Основные симптомы хронического простатита:	91
Атоническая простаторрея («дефекационная простата»)	92
Диагностика простатита	94
Ректальное пальцевое исследование простаты	97

Лабораторные исследования	103
Бактериологическое исследование	107
Ультрасонографическая диагностика простатита	110
Рентгенологическая диагностика простатита	112
Биопсия предстательной железы	115
Общие принципы лечения хронического простатита	116
Патогенетическая терапия простатита	120
Массаж предстательной железы	123
Антибактериальная терапия простатита	138
Анальгетическая терапия	151
Терапия половыми гормонами	153
Фаллодекомпрессия (ЛОД-терапия)	155
Парапростатические блокады	156
Эндоуретральная аспирационная и инстилляционная терапия	159
Инстилляционный массаж предстательной железы ...	166
Суппозитории (свечи) в лечении простатита	176
Микроклизмы в лечении простатита	178
Гирудотерапия простатита	180
Аутовакциноterapia	181
Использование простатилена в лечении простатита ..	183
Физиотерапия и лазеротерапия	184
Трансуретральная микроволновая терапия	188
Озонотерапия	190
Лечение при камнях простаты	190
Хирургическое лечение хронического простатита	193
Хронический простатит при гиперплазии предстательной железы	196
Лечение сексуальных нарушений при простатите	203
Рефлексотерапия хронического простатита	207
Психотерапия хронического простатита	208
Лечебная физкультура	212
Санаторно-курортное лечение хронического простатита	217
Критерии результативности лечения простатита	219

ПРИЛОЖЕНИЯ	224
Причины возникновения простатита	224
Сексуальный режим при хроническом простатите (простатит и «любовный треугольник»)	228
Некоторые лекарственные препараты, применяемые при лечении простатита	231
Противовоспалительные препараты	232
Рассасывающие средства	233
Обезболивающие	234
Иммуностимуляторы	234
Иммунодепрессанты	235
Биогенные стимуляторы	236
Стимуляторы микроциркуляции	236
Стимуляторы регенерации	236
Спазмолитики (холинолитики)	237
Антиспазмолитики (холиномиметики)	238
Стимуляторы половой активности (aphrodisiaca)	238
Эупростатотрофы	239
Андрогены	240
Некоторые лекарственные препараты, применяемые при лечении мужского бесплодия	241
Локальные медикаментозные воздействия в урологии	248
Схема лечебных циклов, проведенных больному NN	255
Самолечение простатита	258
Фитотерапия хронического простатита	261
Профилактика обострений и рецидивов простатита ..	274
Памятка болеющему простатитом	275
Перспективы локальной медикаментозной профилак- тики аденомы простаты	279
Chronic prostatitis: problems, prospects, experience	283
Литература	289

Учебно-практическое издание
Эдуард Константинович Арнольди
ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ:
проблемы, перспективы, опыт

Ответственный редактор *И.Ю. Жияков*
Художник *Т. Неклюдова*
Корректор *Н. Пустовойтова*

Лицензия ЛР № 065194 от 02 июня 1997 г.
Сдано в набор 21.07.99. Подписано в печать 24.08.99.
Формат 84×108/32. Бум. газетная.
Гарнитура CG Times. Печать высокая. Усл. п. л. 16,8.
Тираж 10000 экз. Зак. № 268.

Налоговая льгота — общероссийский
классификатор продукции
ОК-00-93, том 2; 953000 — книги, брошюры

Издательство «Феникс»
344007, г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, 17

Отпечатано с готовых диапозитивов в ЗАО «Книга»
344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57

Издательский клуб
Книжный мир – почтой
*предлагает Вашему вниманию лучшие книги
и книжные серии издательства «ФЕНИКС»*

Мы выпускаем в свет книги
для всех слоев населения.

Любой человек, даже с самым изысканным
вкусом, найдет для себя интересную
и, главное, нужную книгу.

Наш адрес:

344010 г. Ростов-на-Дону 10, а/я 515

Каталог высылается **БЕСПЛАТНО.**

Ждем ваших писем.

.....

Торгово-издательская фирма

ФЕНИКС

имеет представительство в г. Москве на территории
Издательского Торгового Дома «КноРус».

Вы можете приобрести наши книги и получить
информацию о них по адресу:

г. Москва, Б. Переяславская, 46,
м. «Рижская», «Проспект Мира»,
тел./факс: (095) 280-02-07, 280-72-54,
280-91-06, 280-92-13.

E-mail: office@knorus.ru

Мелкооптовый магазин «Литэк»

г. Москва, ул. Николаямская, 45, под. 2 (м. «Таганская»),
тел.: (095) 911-98-63, 911-97-42

Сервер в сети Интернет:

<http://www.book.ru>

Торговая фирма

ФЕНИКС

- ✓ Оптовая и розничная торговля книжной продукцией
- ✓ Быстрообновляемый разнообразный ассортимент
- ✓ Своевременная доставка книг контейнерами и автотранспортом в любую точку России
- ✓ Разумные цены и гибкая система скидок

Наш адрес:

344007, г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, 17
Тел.: (8632) 62-44-72, 44-19-03, 44-19-04;
факс: 62-38-11, 62-45-94

E-mail: phoenix@donpac.ru

Web: <http://www.donpac.ru/home/phoenix>

.....

Издательство

ФЕНИКС

Приглашаем к сотрудничеству авторов
научно-популярной и научной литературы
в области:

- социальных и естественных наук
- юриспруденции
- медицины
- программирования и вычислительной техники, а также переводчиков хороших книг любой тематики

Все финансовые затраты берем на СЕБЯ, высокие гонорары выплачиваем согласно договорам
Рукописи не рецензируются и не возвращаются

Наш адрес:

344007, г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, 17
Тел.: (8632) 62-58-34, 62-51-94; факс: 62-38-11

E-mail: phoenix@donpac.ru

Web: <http://www.donpac.ru/home/phoenix>



ЕНИКС

ISBN 5-222-00888-8



9 785222 008881