

Александр Павлович Суворов, С. А.
Суворов

Профилактика хронического простатита



Александр Суворов

**Профилактика
хронического простатита**

«Научная книга»

2013

Суворов А. П.

Профилактика хронического простатита / А. П. Суворов —
«Научная книга», 2013

В книге "Профилактика хронических простатитов" раскрываются важнейшие характеристики этого заболевания, факторы, способствующие развитию и обострению хронических простатитов, основные симптомы, свидетельствующие об обострении его, тактические мероприятия по купированию начавшегося обострения, возможные осложнения, появляющиеся при неправильном лечении и недостаточной профилактике его. Наибольший акцент делается на непосредственно профилактические мероприятия: общие рекомендации, получаемые пациентом в беседе с врачом; медикаментозные, физиотерапевтические, бальнеологические и курортотерапевтические средства; лечебную физкультуру, гимнастику, йогу; фитотерапию, рефлексотерапию, лито-, металло-, магнитотерапию. В заключении приводится памятка пациента, в которой выделяются наиболее значимые мероприятия в тот или иной период времени.

Содержание

Общее понятие о хроническом простатите	6
Факторы, способствующие развитию и обострению хронического простатита	15
Конец ознакомительного фрагмента.	17

**Александр Павлович Суворов,
Сергей Александрович Суворов**
Профилактика хронического простатита

Под редакцией И. А. Бережновой, к. м. н.

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

* * *

Общее понятие о хроническом простатите

Как известно, предупредить болезнь значительно проще, чем лечить и тем более вылечить. Справедливость последнего очевидна, особенно когда речь идет о хроническом воспалении, часто очень запущенном и длительно текущем патологическом процессе. В этом случае нередко возникают необратимые изменения в органах и погибшие функциональные клетки замещаются соединительной, рубцовой тканью.

Естественно, что в представленном аспекте мужской половине человечества следует задуматься над такой проблемой, какой является хронический простатит. Хроническое воспаление предстательной железы (хронический простатит) занимает особое место в современной практической медицине. В настоящее время его признаки, в различной степени выраженные, можно выявить у каждого третьего-четвертого мужчины. При этом исключительно важное социальное значение заболевания заключается в длительном течении, упорстве к лечению, а также снижении половой функции. Симптомы хронического простатита тягостны, вызывают резко выраженную психическую подавленность, снижают работоспособность. Нередко они приводят к конфликтам в семье и даже разводам, отрицательно влияя на рождаемость.

Ни для кого не секрет, что нормальные половые отношения являются одним из важных факторов семейной жизни. Среди причин разводов почти в половине случаев супруги называют дисгармонию в половых отношениях. Однако если принять во внимание, что, как правило, люди не афишируют свои половые проблемы, можно полагать, что в действительности этот процент значительно выше. Более того, в 40–50 % хронический простатит является причиной бесплодного брака.

Рассматривая проблему хронического простатита, целесообразно прежде всего осветить наиболее значимые анатомо-физиологические данные этого органа в норме. Только в этом случае можно обстоятельно и доступно ответить на те вопросы, которые возникают у большинства пациентов.

Предстательная железа (простата) является непарным железисто-мышечным органом, имеющим форму усеченного конуса и очертаниями напоминающим сердце. В этой связи некоторые урологи называют ее «вторым сердцем мужчины». На гладкомышечные волокна приходится до половины объема железы. У здорового мужчины размеры предстательной железы составляют: вертикальный – 3–4,5 см, горизонтальный – 3,5–5 см, передне-задний (сагиттальный) – 1,7–2,5 см. Последние обычно фиксируются в заключении, которое выдается на руки каждому прошедшему ультразвуковое исследование органов малого таза. Масса простаты половозрелого мужчины составляет 16 г.

Располагается предстательная железа в нижне-передней части малого таза на мочеполовой диафрагме. Впереди находится лонное сочленение, сзади – ампула прямой кишки, отделенная от нее фиброзной перегородкой. Эти сведения важны прежде всего потому, что при проктите (воспалении прямой кишки) воспалительный процесс может распространиться на органы малого таза, в том числе и на предстательную железу. Основание простаты прилежит к шейке и дну мочевого пузыря. Ткань предстательной железы циркулярно окружает начальную часть уретры и шейку мочевого пузыря. Кзади и сверху к ней примыкают семенные пузырьки, которые, как будет сказано ниже, также выполняют важную функцию (рис. 1).

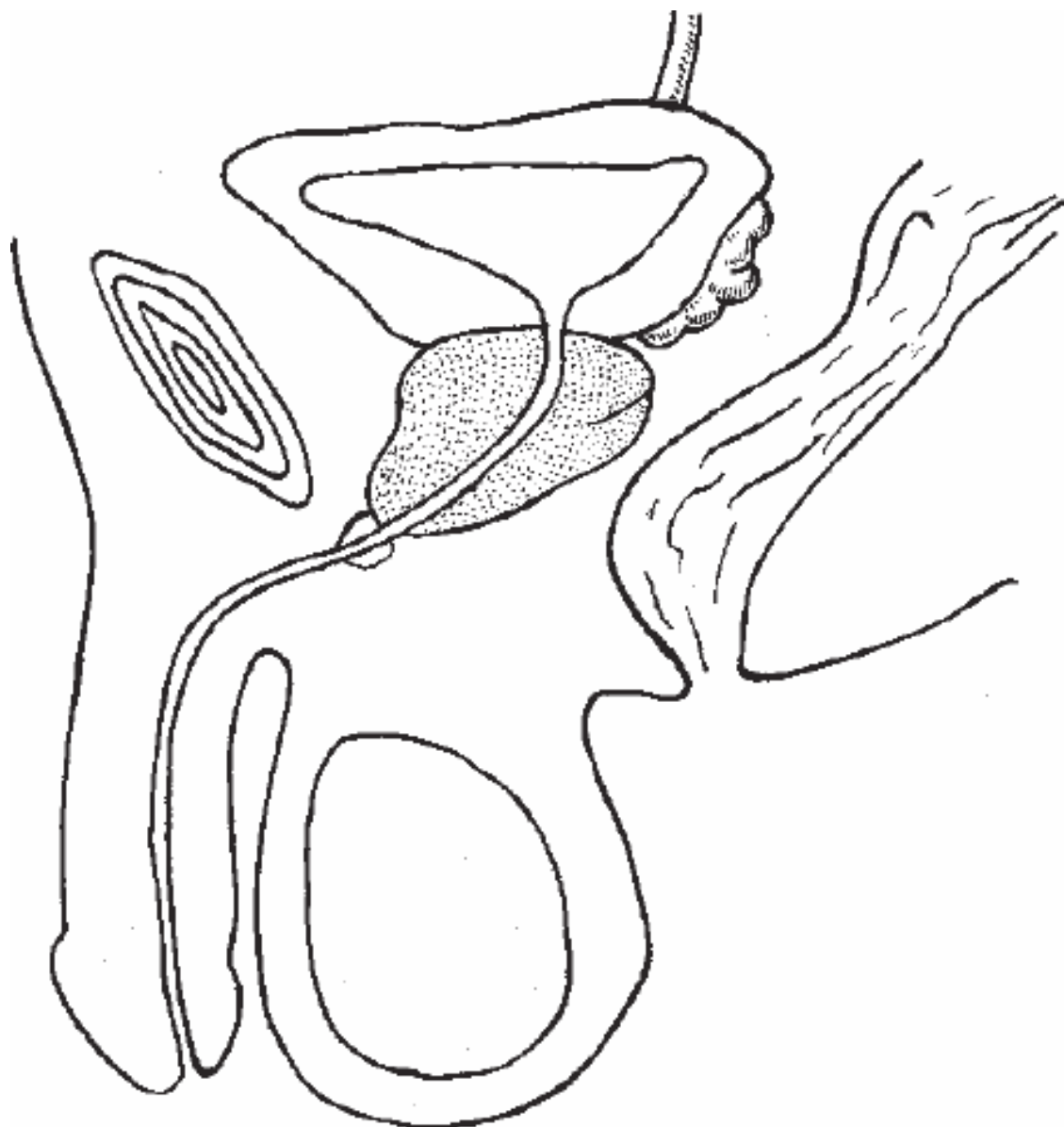


Рис. 1

Структурно простата состоит из 30–50 ацинусов (мелких гроздевидных альвеолярно-трубчатых железок), эпителий которых представлен базальными, секреторными и нейроэндокринными клетками. Ацинусы отделены друг от друга соединительно-тканными перегородками и имеют отдельные выводные протоки, открывающиеся на задней стенке мочеиспускательного канала точечными отверстиями. Именно через них из уретры в простату и проникают микроорганизмы, вызывающие воспалительный процесс.

В подслизистом слое простатического отдела уретры расположены парауретральные железы, протоки которых открываются в простату.

Предстательная железа покрыта плотной фиброзной капсулой, состоящей из расположенных кольцевидно соединительно-тканых эластических волокон и пучков гладких мышц. Плотная фиброзная капсула – существенное препятствие на пути противомикробных лекарственных препаратов, поступающих из периферической крови в ткань железы при ее инфицировании. Гладкомышечные волокна охватывают также отдельные ацинусы. Мышцы простатической части уретры составляют произвольный сфинктер мочевого пузыря.

В простате различают 2 боковые доли и разделяющий их перешеек (центральная доля). Перешеек граничит с обоими семявыносящими протоками.

На задней стенке простатической части уретры имеется небольшое возвышение (семенной бугорок).

Через простату проходят уретра ($\frac{1}{5}$ часть толщи простаты находится впереди уретры, а $\frac{4}{5}$ – позади) и семявыбрасывающие протоки, открывающиеся на вершине семенного бугорка. Отсюда понятно, что воспалительный процесс в ткани железы, сопровождающийся рубцовым сужением и непроходимостью семявыбрасывающих протоков, может стать причиной бесплодия. На вершине семенного бугорка располагается щелевидный карман – предстательная маточка. На всем протяжении мочеиспускательного канала расположены трубчато-альвеолярные железы Литтре. Кстати, в них возбудители инфекции мочевого тракта могут длительное время находиться, сохраняя патогенные свойства, несмотря на проводимое общее и местное лечение.

Предстательная железа состоит из двух отделов (каудального и краниального), по-разному реагирующих на мужские и женские половые гормоны (андрогены и эстрогены), а также отличающихся по антигенным свойствам.

Кровь в ткань железы поступает из ветвей артерий мочевого пузыря и прямой кишки. Кроме того, с ними многочисленными анастомозами связана ветвь внутренней половой артерии, которая непосредственно в простате делится на артериолы и капилляры. В питании предстательной железы участвуют также средняя крестцовая артерия, глубокие артерии бедра и их ветви, а также артерии, окружающие подвздошную кость. Следует отметить, что конечные ветви сосудов (артериолы) заканчиваются не в самой железистой ткани простаты, а в прослойках соединительной ткани между ацинусами. Последнее обстоятельство также является причиной затруднения проникновения сюда с кровью лекарственных препаратов, особенно при воспалении.

Под капсулой предстательной железы располагаются вены, образующие простатическое сплетение, в которое спереди впадает глубокая дорсальная вена полового члена.

Лимфатические сосуды начинаются в железистой ткани простаты, образуя на ее поверхности густую сеть. От железы лимфа оттекает в предпузырные лимфоузлы, являющиеся регионарными.

Особого внимания заслуживает тонус стенки сосудов, так как с его нарушениями связывается, в значительной степени, развитие хронического простатита. Сосудистый тонус регулируется вегетативной нервной системой (симпатической и парасимпатической). Следует отметить, что симпатическая нервная система стимулирует к сокращению гладкие мышцы стенки сосудов, приводя к сужению их просвета. Наоборот, парасимпатическая нервная система оказывает расслабляющий эффект на сосуды малого таза.

Иннервация предстательной железы (а следовательно, и ее сосудов) осуществляется чувствительными симпатическими и парасимпатическими нервными волокнами, проникающими из подчревного нервного сплетения. Предстательное нервное сплетение, окутывающее всю поверхность железы, сообщается с нижними крестцовыми узлами симпатических стволов. Парасимпатически нервные волокна начинаются в крестцовом отделе спинного мозга. Кроме того, предстательной железой достигают ветви аортального, кишечного и почечного нервных сплетений. Особенно богато иннервируется простата в области уретры. Иннервация предстательного сфинктера уретры и предстательных эякуляторных мышц осуществляется различными нейронами, что способствует сокращению внутреннего отверстия уретры и – тем самым – эякуляции. Естественно, что воспалительный процесс в мочеиспускательном канале не может отрицательно не отразиться в той или иной степени на этом важном звене полового акта.

Важная роль в поддержании сосудистого тонуса на оптимальном для организма уровне, кроме нервной, принадлежит гуморальной регуляции. Последняя осуществляется веществами, которые образуют различные клетки: лейкоциты, тромбоциты, апудоциты и эндотелиальные клетки, образующие внутренний слой стенки сосудов. Различают сосудосуживающие гуморальные факторы: вырабатываемые надпочечниками глюкокортикоиды, альдостерон и катехоламины (адреналин, норадреналин), гормоны гипофиза (адренотропный, вазопрессин), щитовидной железы (тироксин), поджелудочной железы (инсулин), а также серотонин, тромбоксан А₂ и ангиотензин. К гуморальным веществам сосудорасширяющего действия относятся гистамин, серотонин, кинины, простагландины, простаглицлин, эстрогены (женские половые гормоны), аденозинтрифосфорная кислота (АТФ) и продукты ее распада, а также образующиеся в мышцах при физической деятельности кислоты (молочная и пировиноградная).

Простата выполняет следующие функции: секреторную, моторную и барьерную. Ее секрет необходим для поддержания активности и жизнедеятельности зрелых мужских половых клеток (сперматозоидов). Секрет предстательной железы, составляющий 25–35 % эякулята, имеет слабощелочную реакцию, содержит значительное количество липоидных телец, щелочную и кислую фосфатазы, лимонную кислоту и спермин, концентрация которого зависит от уровня тестостерона в крови. Во время оргазма и эякуляции наряду с секретом предстательной железы в задний отдел уретры поступают сперматозоиды из придатков яичка и содержащее семенных пузырьков (рис. 2).

в осуществлении секреторной функции простаты принадлежит тестостерону, образуемому в яичке. Циркуляция тестостерона в крови осуществляется транспортными белками. Часть его находится в крови и цитоплазме в комплексе с эстрадиолом, который образуется в гипофизе. Эстрадиол способен активировать внутриклеточный фермент – 5-альфа-редуктазу. Однако лишь свободная фракция циркулирующего в крови тестостерона путем диффузии быстро и непосредственно проникает в клетки железы из плазмы крови, где при участии НАДФ и 5-альфа-редуктазы превращается в активную гормональную форму дегидротестостерон – главный андроген железы. На продукцию дегидротестостерона влияют также пролактин и простагландины. Проллактин, в частности, стимулирует фосфолипазу А₂ и ускоряет связывание тестостерона в ткани простаты при участии простагландинов.

Дегидротестостерон связывается с цитоплазматическим рецептором андрогенов в комплекс и проникает в ядро клетки. Здесь он фиксируется на ДНК и способствует транскрипции клеточного генома на информационную РНК. Выполнив свою функцию по размножению клетки и синтезу белка, комплекс дегидротестостерон – рецептор андрогенов вместе с информационной РНК возвращается в цитоплазму клетки. Информационная РНК при этом реализует биосинтез белка клетки, скорость которого зависит, как очевидно, от интенсивности обмена дегидротестостерона между ядром и цитоплазмой клетки.

Цитоплазменная ферментация идет по двум конкурирующим путям: превращение дегидротестостерона в андростендион под действием 17-бета-редуктазы и превращения дегидротестостерона в андростендиол при участии 3-альфа-редуктазы. Андростендион является одним из гормонов надпочечников, а андростандиол – веществом, блокирующим альфа-адренергические рецепторы и естественным альфа-1-адреноблокатором. Андростандион способен превращаться под действием 3-бета-гидрогеназы в свободный тестостерон. К аналогичному результату приводит и превращение андростандиола под действием 3-альфа-гидрогеназы.

При гормональном балансе, как правило, в возрасте до 40 лет яички вырабатывают тестостерон в достаточном количестве и предстательная железа функционирует в устойчивом режиме отрицательной обратной связи. При этом вырабатывается такое количество андростендиола, которое достаточно для естественной регуляции деятельности мускулатуры основания мочевого пузыря и задней части уретры. После 40 лет постепенно развивается гормональный дисбаланс, поскольку наступает дефицит тестостерона из-за медленного угасания деятельности яичек и начинает преобладать гипоталамо-гипофизарная деятельность. Предстательная железа начинает функционировать в неустойчивом режиме положительной обратной связи, возникают условия для различных патологических состояний. Секрет простаты накапливается в гранулах и по сигналу, передаваемому по нервным волокнам, выделяется во время эякуляции. На гормональную стимуляцию в ацинусах простаты продуцируются лимонная кислота (основной ионный регулятор секрета), кислая фосфатаза, полиамины (спермин, спермидин, путресцин и простатоспецифический антиген (отвечает за разжижение спермы)). Под контролем андрогенов в предстательной железе вырабатывается также протеин простатеин. Протеолитический фермент семинин, определяемый обычно в первой фракции эякулята, оказывает влияние на разжижение и коагуляцию семенной жидкости. Лимонная кислота препятствует развитию микрофлоры в секрете простаты и принимает участие в ее разжижении. Содержание лимонной кислоты в эякуляте коррелирует с уровнем тестостерона в крови.

Спермин, спермидин и путресцин защищают половой тракт от инфекционных агентов. Антибактериальной активностью обладают содержащиеся в секрете простаты цинкпептидный компонент лизоцим и секреторные иммуноглобулины. Следует отметить, что концентрация цинка в секрете простаты в 100 раз превышает содержание этого химического элемента в других органах.

При микроскопическом исследовании нативных препаратов секрета простаты выявляются липоидные (лецитиновые) и амилоидные тельца, незначительное количество эпителиальных клеток, лейкоцитов и лимфоцитов.

Физиологическая роль семенного бугорка заключается, прежде всего, в участии в эрекции и семяизвержении, что обусловлено большим количеством нервных окончаний и связями с центрами эрекции и эякуляции.

Основная функция семенных пузырьков – секреция фруктозы, содержание которой зависит от уровня в крови тестостерона. Фруктоза является источником энергии для сперматозоидов. В первые минуты после семяизвержения секрет семенных пузырьков (кроме фруктозы, его составными частями являются азотистые вещества, белки, инозит, аскорбиновая кислота и простагландины) составляет 50–60 % семенной жидкости.

В месте соединения предстательной железы и перепончатой части мочеиспускательного канала располагаются округлой формы бульбоуретральные железы (железы Купера).

Показатели эякулята (спермограмма) в норме следующие: объем – 2–4 мл, консистенция – вязкая, цвет – мутно-белый, запах – специфический (свежих каштанов), число спермиев (сперматозоидов) – 40 – 110 млн/мл эякулята (из них активно подвижных – 40 %, слабо подвижных – 4 – 46 %, неподвижных – 0 – 14 %, патологических форм – менее 40 %), количество клеток сперматогенеза – до 2 %, лейкоцитов – до 7 в 1 мл эякулята, рН через 1 ч после эякуляции – 7,25 – 8,1, содержание фруктозы – более 250 мг. Естественно, что при заболеваниях мочеполовой сферы (в том числе и предстательной железы) эти показатели существенно отклоняются от тех, которые свойственны здоровому мужчине.

Наиболее вероятными первопричинными факторами простатита считаются возбудители инфекционных заболеваний (хламидии, трихомонады, гонококки, микоплазмы, вирусы, а также их ассоциации и условно-патогенные микроорганизмы – стафилококк, кишечная палочка и др.). Значительный рост в последние годы заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, дает основание прогнозировать дальнейшее увеличение больных с воспалительными изменениями в предстательной железе. Чаще стала встречаться смешанная инфекция мочеполового тракта. Без своевременного выявления и активного лечения урогенитальная инфекция вызывает глубокие патологические изменения в тканях половых органов и неминуемо приводит к бесплодию.

Среди возможных путей проникновения возбудителя в железу выделяют уретрогенный (или восходящий, непосредственно из уретры или мочеиспускательного канала), уриногенный (или нисходящий, наблюдается при воспалительных заболеваниях почек и мочевого пузыря), гематогенный (из органа, где имеется очаг дремлющей инфекции) и лимфогенный (при гнойно-воспалительных заболеваниях соседних органов таза, проктите, цистите, тромбозе геморроидальных вен и др.).

К наиболее частым жалобам, которые предъявляют больные хроническим простатитом, относят боли, иррадиирующие в промежность и область крестца, дизурические явления (болезненность или затруднения выделения мочи из мочевого пузыря), ухудшение половой функции.

В развитии половых расстройств у больных хроническим простатитом ведущее значение приобретают нарушения функциональной активности нервных клеток симпатических спинальных центров, снижение андрогенной активности организма и уменьшение чувствительности к андрогенам гипоталамуса (высший подкорковый центр вегетативной нервной системы) и гипофиза (вырабатывает ряд пептидных гормонов, регулирующих функции желез внутренней секреции).

Очень важно, что с жалобами на нарушение потенции, боли в поясничной области и крестце, иррадиирующие в нижние конечности, нарушение общего самочувствия и функционального состояния вегетативной нервной системы (гипергидроз, зябкость или чувство жара,

аритмию, запоры и др.) больные часто впервые обращаются к сексопатологу, невропатологу или терапевту. И только тщательный анализ субъективных и объективных признаков, свойственных хроническому простатиту, выбор верной тактики обследования позволит избежать ошибки в постановке диагноза и назначить эффективное лечение. Наконец, заболевание может длительно протекать бессимптомно, и нередко инфекция мочеполового тракта выявляется лишь на стадии серьезных осложнений.

В этой связи представляется целесообразным осветить некоторые стороны копулятивного цикла (период от возникновения половой доминанты до момента выделения сперматозоидов) мужчины, в котором принято выделять следующие фазы: либидо (половое влечение), эрекция, эякуляторная и рефрактерная (или фаза покоя). Первая фаза (либидо) обеспечивается двумя составляющими: нейрогуморальной (подготавливается детерминацией пола, в результате которой осуществляется продукция половых гормонов и их рецепция тканями) и психической (определяется становлением полового поведения и во многом зависит от традиций семьи, национальных особенностей, социального положения).

Эрекция включает две составляющие: собственно эрекцию и интродукцию (введение полового члена во влагалище). Эрекция – это растяжение и наполнение кровью пещеристых тел полового члена при сексуальном возбуждении, обеспечивающая возможность полового акта. Может возникать при раздражении эрогенных зон (эрекция периферического типа) и при воспроизведении сексуальных образов в коре головного мозга (эрекция центрального типа). Феномен эрекции состоит из сложной цепи нейрососудистых изменений в кавернозной ткани, конечным звеном которой является релаксация (расслабление) гладкомышечных элементов трабекул и дилатация артериальных сосудов. Эрекция, обусловленная расслаблением гладкомышечных элементов пещеристых тел и белочной оболочки, расширением просвета приводящих кровеносных сосудов полового члена, заполнением артериальной кровью лакун, сдавлением субтуникальных и эмиссарных венул, блокированием оттока крови, контролируется парасимпатической нервной системой. В противоположность этому симпатический тормозной механизм приводит к повышению тонуса артериол, что уменьшает кровоток в кавернозной ткани.

Эякуляторная фаза (эякуляция – выделение семенной жидкости из мочеиспускательного канала при половом акте) обеспечивает выделение оплодотворяющего субстрата и наступление оргазма. Эякуляция, связанная с сокращением гладкой мускулатуры семявыносящих путей, находится под контролем симпатической нервной системы. Соматомоторный «мышечный» механизм реализуется через воздействие на бульбокавернозные и ишиокавернозные мышцы, представленные поперечно-полосатой мускулатурой, посредством промежностного нерва.

При детумесценции (прекращении эрекции после эякуляции) происходит сокращение гладкомышечных элементов трабекул, уменьшение притока крови по артериям и увеличение венозного оттока. В фазе покоя различают периоды абсолютной и относительной невозбудимости.

Контроль за эрекцией и эякуляцией осуществляется нервно-рефлекторными путями. Спинальные центры эрекции и эякуляции, расположенные в поясничных и крестцовых сегментах спинного мозга, контролируются подкорковыми структурами (гипоталамусом, зрительным бугром) и лобными долями коры головного мозга.

Некоторые из этих явлений реализуются не непосредственно нейросинапсами (синапсоструктура, обеспечивающая передачу нервного импульса на клетку или мышечное волокно), а через медиаторы, в том числе выделяемый эндотелием сосудов оксид азота.

Эндокринно-гуморальные механизмы регуляции половой функции поддерживаются системой яички – гипофиз – гипоталамус. Естественно, что нарушение в одном из звеньев этой цепи приводит к развитию эректильной дисфункции.

Таким образом, в регуляции эрекции участвуют следующие системы: нервная центральная и вегетативная, адренергическая, холинергическая и гормональная. Регулирующее действие центральной нервной системы реализуется через допаминергические механизмы, серотонин, 5-гидрокситриптамиин. Вегетативная нервная система реализует свой эффект через холинергические и адренергические механизмы. Действие парасимпатической нервной системы основано на блокировании констрикторного (сжимающего) эффекта симпатической нервной системы. Определенное влияние парасимпатическая нервная система оказывает также и на выделение эндотелиальных факторов релаксации (простагландин E_1 и простаглицлин). Адренергические механизмы реализуются через активацию или блокирование альфа-адренорецепторов (медиатор норадреналин).

Неадренергическая и нехолинергическая системы оказывают свой эффект через пептидергические механизмы. Медиаторами этой системы являются вазоинтестинальный пептид, нейропептид, субстанция Р и кальцитонин-ген-связанный пептид.

Расстройства мужской потенции могут проявляться нарушением (сочетанным или изолированным) следующих компонентов полового акта: либидо (снижение или повышение полового влечения), эрекции (ослабление эрекции, учащение спонтанной эрекции, частые и болезненные эрекции), эякуляции (ускоренное или болезненное семяизвержение) и оргазма (стертость оргастических ощущений). Наблюдаются также сочетанные нарушения половой функции: сексуальная анестезия (ослабление или выпадение либидо и оргазма при сохранении способности к эрекции и эякуляции), сексуальная апатия (ослабление или отсутствие либидо и эрекции), сексуальный парез (ослабление эрекции и преждевременная эякуляция при сохранении либидо) и сексуальная инертность (значительное запаздывание или отсутствие эякуляции и оргазма при сохранении либидо и эрекции).

Факторы, способствующие развитию и обострению хронического простатита

Возникновению воспаления в мочеполовом тракте, активации условно-патогенной микрофлоры уретры способствует, прежде всего, развитие вторичного иммунодефицита, проявляющегося в ослаблении реакций клеточного и гуморального иммунитета, угнетении способности лейкоцитов к интерферонообразованию. У больных хроническим простатитом отмечается низкая фагоцитарно-бактерицидная активность лейкоцитов в очаге поражения.

Снижению общей и местной реактивности, ослаблению иммунитета (или, наоборот, гипериммунизации простатическим антигеном) способствуют внешние неблагоприятные факторы: токсические (алкоголь, острые пищевые приправы, никотин) и физические (переохлаждение, переутомление).

Условия для развития воспаления в простате создаются при нарушениях кровообращения, прежде всего – при явлениях застоя в малом тазу. Усиленному приливу крови к органам таза и последующему венозному стазу в предстательной железе способствуют дизритмия половой жизни, половые излишества, прерванный половой акт, длительное воздержание, злоупотребление алкоголем и никотином. К хронической конгестии приводят расширения и флебиты геморроидальных вен, варикозная болезнь, проктиты, трещины и свищи заднего прохода. В свою очередь, в застойной простате возникает благоприятная почва для развития сапрофитирующей микрофлоры и возникновения неспецифического инфекционного простатита.

Наряду с застоем крови в венах малого таза и нарушением дренирования предстательных ацинусов (конгестия), в патогенезе заболевания важную роль играют изменения гемодинамики, гемокоагуляции и сдвиг гормональной активности. Определенное значение в формировании простатита придается и хронической травме промежности, имеющей место, например, у наездников, мотоциклистов и шоферов. Имеются данные, что почти у 70 % больных хроническим простатитом профессия связана с транспортом (т. е. отмечается длительное воздействие на организм вибрации, тряски) и физическими перегрузками.

Повреждение паренхимы железы при хроническом простатите и повышение проницаемости ее сосудов обуславливают поступление в кровь органоспецифических белков и продукцию антител с цитотоксическими свойствами. Развитию аутоиммунного процесса способствуют возникновение иммунодефицита, фиксация иммуноглобулинов на лейкоцитах простаты и повреждающее действие эстрогенов на фоне эстрогенизации организма. В таких случаях возможно формирование такого тяжелого осложнения урогенитального хламидиоза и трихомоноза, как болезнь Рейтера, характеризующаяся сочетанным поражением мочеполовых органов, воспалением глаз и суставов.

Вполне обоснованным в связи с этим следует считать предложение различать в хроническом воспалении предстательной железы две последовательные стадии: начальную инфекционную и сменяющую ее через 1–2 месяца постинфекционную, возникающую на фоне активации бактерицидных факторов секрета и механизмов иммунной защиты. Во второй стадии, по мнению авторов, основное место в патогенезе занимают уже анатомические изменения, ведущие к нарушению микроциркуляции, препятствующие оттоку секрета и способствующие его застою в ацинусах, нейротрофическим расстройствам, явлениям аллергии и аутоиммунного воспаления.

В последние годы увеличилось число больных простатитом среди страдающих аденомой предстательной железы. Согласно существующим представлениям, последнее обусловлено использованием антибиотиков широкого спектра действия при воспалительных процессах в мочеполовом тракте. Поэтому, несмотря на распространение простатитов, парауретриты

и парастатиты почти исчезли, а парауретральные железы сохраняются, не рубцуются. Последние являются источником роста аденомы. Естественно, что ряд больных, страдающих годами хроническим простатитом, постепенно входят в возраст аденомы предстательной железы и заболевают ею при сохранении простатита.

Как уже было отмечено выше, основными причинами простатита являются инфекционные и конгестивные факторы. Воспаление в предстательной железе возникает в результате проникновения в ее ацинусы из уретры хламидий, трихомонад, вирусов, уреа- и микоплазм, гонококка и других патогенных бактерий. Неслучайно, что в секрете предстательной железы микроорганизмы выделяются с такой же закономерностью, что и в уретре. К настоящему времени известно более 20 микроорганизмов, которые могут быть причиной воспаления в мочеполовом тракте.

Патогенные бактерии принято подразделять на грамположительные (стафилококки, редко стрептококки) и грамотрицательные (кишечная палочка, протей).

Грамположительная инфекция чаще встречается в молодом возрасте. При этом инфицирование предстательной железы и семенных пузырьков происходит, как правило, из очагов фокальной кокковой инфекции (фурункулез, гидроаденит, кариозные зубы, гайморит, отит, хроническая пневмония, холецистит и др.). В этом случае возбудитель (стафилококк, стрептококк) проникает в предстательную железу гематогенным путем. Заболевание возникает, как правило, остро и носит гнойный характер. Еще в 1928 г. Д. С. Худаков отмечал, что обычный сапрофит мочеиспускательного канала – белый стафилококк – «под влиянием пониженной жизнеспособности окружающих тканей превращается в патогенный». Грамотрицательная микробная флора (кишечная палочка, протей) более характерна для лиц среднего и старшего возраста, т. е. когда могут иметь место нарушения мочевыделения и изменения гормонального статуса в сторону снижения в организме андрогенов.

Патогенные бактерии проникают в предстательную железу и семенные пузырьки главным образом из уретры. Различают восходящий, или уретрогенный (имеет место при уретритах), и нисходящий, или уриногенный (наблюдается при нефрите, цистите). Можно утверждать, что простатит является неизбежным следствием, осложнением заднего и тотального гонорейного уретрита. Жюль Жанэ (1930) писал: «Всякий раз, когда при тотальном уретрите вторая порция мочи не просветляется после нескольких промываний, можно утверждать, что возникает простатит. Лечение промываниями не может предохранить от него больных, и я, не колеблясь, признаю даже, что в известных случаях оно может вызвать его. Всякая травматизация задней уретры в острой фазе тотальной гонореи может повести к развитию простатита. Чаще всего подобная травматизация происходит при верховой и велосипедной езде, танцах, путешествии по железной дороге или на автомобиле».

Проводимые промывания мочеиспускательного канала при остром уретрите создают благоприятные условия для проникновения в простату микроорганизмов, чему способствует обычная слабость жомов выводных протоков ацинусов.

В свою очередь, хронизации уретрита и переходу воспалительного процесса на ткань простаты способствует наличие стриктур уретры, новообразований и инородных тел.

У всех 121 больного хроническим простатитом, наблюдаемых одним из авторов данной книги, в анамнезе имелась урогенитальная инфекция. При этом преобладали пациенты, перенесшие трихомоноз и хламидиоз (соответственно 39,4 % и 12,4 %), а также смешанную трихомонадно-хламидийную инфекцию (9,9 %).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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