**Зрелый возраст мужчины (взгляд врача)**

Зрелый возраст для многих мужчин – не только покорение социальных и экономических «вершин», но и первые серьезные проблемы со здоровьем. Артериальная гипертензия, сосудистые заболевания сердца, сахарный диабет, прогрессирующее ожирение, и… ранее казавшиеся абсолютно невозможными, «сложности» с потенцией… Все эти и многие другие заболевания и состояния существенно ухудшают качество жизни мужчины в этот богатый на события период. Их реакция может быть абсолютно разной.

Для одних, «свалившиеся» проблемы со здоровьем подобны мощному удару не только в физическом, но и в психическом плане, надолго деморализующем их волю и способность трезво мыслить, для других, напротив, - не воспринимаются серьезно, и ценой такой беспечности может быть «прерванный полет» в расцвете сил и возможностей. Лишь для относительно немногих - первые признаки пошатнувшегося здоровья - отрезвляющий душ, заставляющий по-новому взглянуть на объективную реальность и мобилизующий на адекватные действия по его сохранению и укреплению.

Именно в этой ситуации для мужчины как никогда важна помощь врача, и не просто врача, а такого, которому он доверяет. Врач должен помочь понять пациенту, что уже произошло и что еще может произойти с его здоровьем, дать советы по модификации стиля жизни, режима и рациона питания, научить с помощь простых тестов оценивать свое состояние, а также обосновать целесообразность и преимущества предложенного алгоритма обследования и лечения. Партнерские и, что немаловажно, взаимовыгодные отношения между пациентом и его врачом – основа и залог того, что с минимальными для пациента последствиями и затратами будет достигнуто максимально возможное и стабильное улучшение здоровья и качества жизни. Увы, в реальной жизни можно встретить и иной вариант развития событий. При нем экономически незаинтересованный в улучшении здоровья пациента врач, пользуясь ситуацией, отправляет «беднягу» по бесконечному «конвейеру» (нужных и не очень, дорогих и очень дорогих) обследований, назначит массу самых разных лекарств, в том числе тех, которые сам, или названная им аптека, продаст. Не без учета интересов врача, разумеется.

Одним из способов противодействия последнему сценарию развития событий во взаимоотношениях «врач-пациент» является образование последних. Нет, не такое, которое приведет к реализации известного лозунга «помоги себе сам!». А такое, которое поможет пациенту лучше понять свою болезнь, ознакомиться с современными общепринятыми стандартами ее диагностики и лечения и через эти знания оценить, пусть даже непрофессионально, компетентность того специалиста, которому он доверил свое здоровье. Образование пациентов не есть особенность «национальной…» Во всем мире пациенты имеют массу возможностей ознакомиться со специальной медицинской информацией, которую в доступной для них форме излагают в специальных брошюрах, на Интернет-сайтах, ведущие специалисты различных отраслей медицинской науки. Такой подход не только не подрывает, а наоборот, укрепляет позиции медиков.

На нашем сайте уже представлена информация о наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваниях (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, инсульт), нарушениях обмена веществ (ожирение, метаболический синдром). В этой статье речь пойдет о заболеваниях предстательной железы (простаты) - органа, который не без оснований называют вторым «сердцем» мужчины.

**Строение и основные функции простаты в организме мужчины**

Простата - железистый непарный орган мужской половой системы, располагающийся в передненижней части малого таза между мочевым пузырём и прямой кишкой и вырабатывающий входящий в состав спермы секрет.

Простата состоит из имеющих вид тонких ветвящихся трубочек 30 — 50 желез (ацинусов), которые образуют три дольки: правую, левую и соединяющую их среднюю. Соединительная ткань не только покрывает наружную поверхность простаты достаточно прочной защитной капсулой, но и, образуя прослойку между железистыми структурами, служит остовом для кровеносных сосудов, которые в большом количестве пронизывают орган. Имеются в органе и гладкомышечные клетки, облегчающие отхождение секрета.

Через предстательную железу проходит мочеиспускательный канал (уретра), в который открывается несколько десятков семенных протоков. Секрет простаты - мутная жидкость белого цвета, увеличивающая объём спермы, и придающая ей характерный запах за счет содержащегося в ней в достаточно большом количестве спермина. Секрет не только разжижает сперму, но и обладает буферным, ферментативным и антибактериальным действием, активизирует движение сперматозоидов. Массивное выделение секрета простатой наблюдается во время семяизвержения (эякуляции).

Простата вместе с гипофизом поддерживает образование сперматозоидов (сперматогенез) в извитых семенных канальцах яичек, а также обеспечивает их передвижение по семявыносящим протокам и эякуляцию. Кроме того простат участвует в формировании полового влечения (либидо) и оргазма.

Регулирующее влияние на работу предстательной железы оказывают нервная и эндокринная системы. Предстательная железа достаточно хорошо иннервируется: нервная система в основном представлена симпатическими нервными волокнами, с альфа1- и альфа2-адренорецепторами. Наибольшую значимость в реализации проявлений заболеваний простаты имеет именно альфа1-адренорецепторы, располагающиеся на гладкомышечных клетках в области шейки мочевого пузыря, в верхних (проксимальных) отделах мочеиспускательного канала, а также в капсуле простаты. Их возбуждение вызывает сокращение указанных мышечных клеток, благоприятствуя появлению таких симптомов, как затруднение и снижение скорости оттока мочи, частое скудное и/или прерывистое мочеиспускание, неполное опорожнение мочевого пузыря.

Гормоны гипофиза и мужские половые гормоны (андрогены) оказывают стимулирующее влияние на секреторную активность простаты.

**Факторы риска и причины заболеваний предстательной железы**

Возраст (по мере старения организма наблюдается снижение гормональной активности половых желёз, уменьшается выработка андрогенов и как результат - угасание секреторной активности простаты)

Кастрация (хирургическая, физическая - воздействие ионизирующего излучения, химическая – лечение эстрогенами, другими, влияющими на продукцию андрогенов, препаратами) – как причина преждевременного угасания половой функции

Нарушение кровоснабжения (наличие разветвленной сети соединяющих сосудов (анастомозов) между венами таза и простаты облегчает развитие застоя крови в этой венозной системе в условиях гиподинамии, наиболее часто связанной с особенностями профессиональной деятельности пациента) – как основа застойного (небактериального) простатита

Частые заболевания, передающиеся половым путем, или же медицинские манипуляции, проводимые без должного соблюдения асептики (вследствие отсутствия мышечных жомов в отверстиях выводных протоков ацинусов - патогенные микроорганизмы легко проникают в ткань простаты с развитием бактериального воспалительного процесса, или бактериального простатита). Возможно, именно поэтому уже к 40 годам у достаточно большого количества мужчин в прилежащих к уретре участках простаты формируются очаги разрастания соединительной ткани («узелки»), как последствия перенесенного воспаления (бактериального или нет) и основа для развития в дальнейшем еще одного заболевания - доброкачественной гиперплазии (увеличения) предстательной железы

Дисгармония в сексуальных отношениях (извитость желез и отсутствие в их выводных протоках мышечных клеток делает возможным хороший отток секрета простаты только при одновременном сокращении мышц передней брюшной стенки, промежности, предстательной железы и задней части мочеиспускательного канала, что чаще возникает лишь при сопровождающей оргазмом эякуляции). Если эякуляция произошла без оргазма, опорожнение выводных протоков будет неполным, и задержавшийся в протоках секрет может оказаться тем субстратом, который создаст благоприятные условия для развития воспаления в простате

Врождённое недоразвитие предстательной железы встречается достаточно редко и обычно сочетается с недоразвитием яичек, полового члена, семенных пузырьков

Представленные факторы риска и причины развития заболеваний предстательной железы (прежде всего простатита и доброкачественной гиперплазии органа) конечно же, не следует рассматривать изолированно друг от друга, поскольку во многих случаях они комбинируются. Кроме того, признаки хронического воспаления достаточно часто (не менее чем в 70 % случаев) обнаруживаются при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, что позволяет многим клиницистам рассматривать хронический простатит в качестве одного из самых частых ее осложнений, усугубляющего клинические проявления (см. ниже) и ухудшающего качество жизни таких пациентов. Таким образом, нередко доброкачественная гиперплазия предстательной железы и хронический простатит – эта та «парочка», которая делает жизнь многих мужчин зрелого возраста вовсе несладкой.

**Клинические проявления**

Острый воспалительный процесс в предстательной железе чаще всего носит бактериальный характер и имеет достаточно яркие клинические проявления, среди которых доминируют боль, нарушения мочеиспускания и температурная реакция. А потому такие пациенты непременно обратятся к специалистам, которые окажут им необходимую помощь.

Гораздо сложнее с доброкачественной гиперплазией предстательной железы или/и хроническим простатитом. Эти заболевания, как правило, развиваются исподволь и характеризующие их симптомы, особенно в дебюте, могут иметь незначительную выраженность.

Все возможные симптомы, которые характеризуют как доброкачественную гиперплазию предстательной железы, так и хронический простатит, специалисты разделяют на обструктивные (обусловленные собственно затруднением оттока мочи) и ирритативные (связанные с раздражением мочевыводящих путей).

К первым относят ослабление струи мочи, прерывистое и/или затрудненное мочеиспускание, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря и задержку мочи.

Ко вторым – самопроизвольные позывы к мочеиспусканию, невозможность удержать мочу при их возникновении, учащенное дневное и/или ночное мочеиспускание.

Повышение температуры тела (гипертермия) может наблюдаться при высокой активности воспалительного процесса при хроническом простатите.

К сожалению, названные симптомы, за исключением, пожалуй, свойственной активному воспалению гипертермии, обладают низкой специфичностью и встречаются не только при данных заболеваниях, но и при раке предстательной железы. Именно поэтому, специалистами был разработан алгоритм, который позволяет унифицировать процесс диагностики и выбора тактики лечения пациента, имеющего один или несколько вышеозначенных симптомов (The 4th International Consultation on BPH. Proceedings. A.Cockett et al. (eds). SCI Paris. 1997).

Первым этапом диагностического процесса является тщательный сбор жалоб и истории развития болезни, а также определение суммарного балла по международной системе суммарной оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы по 35-балльной шкале (табл.1) и оценка качества жизни (QOL) по 6-балльной шкале (табл.2). Не сложно заметить, что шкалы достаточно просты и легки для практического использования. Главная цель данного этапа – выявить наличие патологии предстательной железы, как таковой.

Таблица 1. Международная система суммарной оценки заболеваний предстательной железы в баллах (IPSS)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Частота их появленияХарактер жалоб(в течение последнего месяца) | Нет | Реже, чем 1 раз из 5 случаев | Менее чем в половине случаев | Примерно в половине случаев | Более чем в половине случаев | Почти всегда |
| Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Потребность помочиться ранее, чем через 2 часа после последнего мочеиспускания | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Прерывистое мочеиспускание | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Затруднения по временному воздержанию от мочеиспускания | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Слабый напор мочевой струи во время мочеиспускания | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Необходимость прилагать усилия для начала мочеиспускания | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | Нет | 1 раз | 2 раза | 3 раза | 4 раза | ≥ 5 раз |
| Необходимость опорожнения мочевого пузыря за период сна | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Суммарный балл IPSS= |

Таблица 2. Качество жизни вследствие расстройств мочеиспускания (QOL)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Оценка пациента | Очень хорошо | Хорошо | Удовлетв. | Смешанное чувство | Неудовлетв. | Плохо | Ужасно |
| Если урологические проблемы будут сохраняться всю оставшуюся жизнь | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Индекс оценки качества жизни QOL= |

Второй этап включает объективное обследование пациента, а также проведение ему минимального объема лабораторных и инструментальных методов обследования, которые позволят в большинстве случаев конкретизировать у пациента заболевание предстательной железы.

Обследования этого этапа включают:

пальцевое исследование предстательной железы через прямую кишку

общий анализ мочи, определение мочевины и креатинина сыворотки крови

оценку состояния почек и верхних мочевых путей с помощью рентгеновских или радиоизотопных методов обследования

ультразвуковое исследование (УЗИ) предстательной железы, как традиционное (через переднюю брюшную стенку), так и специальным введенным в прямую кишку датчиком, (трансректальное ультразвуковое сканирование)

уроодинамическое исследование (урофлоуметрия), позволяющее оценить максимальную скорость потока мочи (Qmax)

определение наличия и количества остаточной мочи

определение в крови уровня простатоспецифического антигена (ПСА) и, в случае необходимости (подозрении на злокачественное поражение предстательной железы), его «свободной» фракции

Лечение

Подходы к лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы и/или хронического простатита зависят от основной причины развития заболевания (см. выше). Поскольку в большинстве случаев возникновение патологии предстательной железы обусловлено несколькими причинами, то и лечение должно быть комплексным.

Выбор тактики (оперативное, динамическое наблюдение с/без медикаментозной терапии) лечения пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в основном зависят от степени выраженности клинических проявлений заболевания, результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

Пациент может находиться под динамическим наблюдением и/или принимать лекарственные препараты для устранения/снижения проявлений доброкачественной гиперплазии предстательной железы, если он отвечает следующим критериям:

Суммарный балл IPSS больше 8, но меньше 19

QOL не менее 3 баллов

Максимальная скорость потока мочи (Qmax) не более 15 и не менее 5 мл/с

Объем мочеиспускания не менее 100 мл

Объем остаточной мочи не более 150 мл

Наличие противопоказаний к оперативному лечению в связи с сопутствующими заболеваниями

Категорический отказ пациента от оперативного лечения

Динамическое наблюдение за пациентами без применения лекарственных препаратов допускается в случае, если у них был исключен рак предстательной железы, при IPSS менее 8 и качестве жизни менее 3 баллов. К мероприятиям динамического наблюдения относят разъяснение пациенту необходимости контроля за образом жизни (см. факторы риска и причины развития заболеваний), регулярную сдачу анализов крови и мочи, контроль ПСА, УЗИ и урофлоуметрии.

К препаратам, показавшим свою эффективность и безопасность в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы относят альфузозин, доксазозин, теразозин, тамсулозин (блокирующие альфа1-рецепторы (см.выше), или альфа1-адреноблокаторы), финастерид (подавляющий активность, или ингибитор 5-альфа-редуктазы, фермента, превращающего гормон тестостерон в более мощный андроген – дигидротестостерон, который, в свою очередь, стимулирует рост (пролиферацию, гиперплазию) клеток предстательной железы). Весьма популярны у клиницистов и препараты на основе растительного сырья (экстракты Serenoa Repens, корня Pygeum africanum, южноафриканской Hypoxis rooperi, Echinacea purpurea, Secale cereale и некоторые другие).

Лечебный эффект фитопрепаратов специалисты связывают с входящими в их состав фитостероидами, фитоэстрогенами, терпеноидами, жирными кислотами, лектинами, растительными маслами, полисахаридами и флавоноидами. Полагают, что эти вещества подавляют образование в предстательной железе простагландинов (веществ, индуцирующих воспалительный процесс), блокирует клеточные рецепторы, чувствительные к мужским половым гормонам (андрогенам), подавляют рост железистых и эпителиальных (выстилающих протоки) клеток органа. Только для экстракта Serenoa repens описана способность блокировать 5-альфа-редуктазу (см. выше).

Выбор препарата в каждом конкретном случае остается за врачом. Нередко специалисты в выборе необходимого лекарственного средства используют такие показатели, как размер предстательной железы (по данным УЗИ) и полученную с помощью урофлуометрии максимальную скорость потока мочи (Qmax), как критерия степени выраженности нарушений ее оттока.

В ведении пациентов, у которых наряду с незначительным увеличением предстательной железы в размерах (объем менее 50 см3) максимальная скорость потока мочи превышает 10 мл/с, может применяться как динамическое наблюдение (см. выше), так и лечение фитопрепаратами. Они, имея максимально низкий уровень осложнений и побочных эффектов, обладают «мягким» позитивным влиянием как на саму предстательную железу, таки и на субъективное восприятие пациентом процесса мочеиспускания, что проявляется уменьшением выраженности таких симптомов, как самопроизвольные позывы к мочеиспусканию, невозможность удержать мочу при их возникновении, учащенное дневное и/или ночное мочеиспускание. Препараты хорошо переносятся практически всеми пациентами, однако, длительное лечение может сопровождаться снижением его эффективности.

Пациентам с незначительным увеличением в размерах предстательной железы (объем менее 50 см3), но выраженным снижением максимальной скорости потока мочи (Qmax<10 мл/с), обычно лучше всего помогают альфа1-адреноблокаторы. Именно они, за счет своих фармакодинамических свойств способны значительно повышать Qmax, что позитивно отражается на симптомах заболевания (снижение баллов шкалы IPSS), не уменьшая объем предстательной железы. Степень эффективности перечисленных выше препаратов примерно одинакова. Альфузозин обычно назначают 2 раза в день по 5 мг после еды, а при приеме препарата с замедленным высвобождением действующего вещества, возможен однократный прием 10 мг. Среднесуточные лечебные дозы других альфа1-адреноблокаторов, которые принимаются однократно, составляют для теразозина 5 - 10 мг, доксазозина 4–8 мг, тамсулозин 0,4 мг. Положительный эффект обычно возникает на 2–4-й неделе приема альфа1-адреноблокаторов и сохраняется на всем протяжении лечения. Отсутствие улучшения в первые три месяца приема – основание для отмены альфа1-адреноблокаторов.

Пациентам, принимающим альфа1-адреноблокаторы, следует помнить, что эти препараты снижают артериальное давление, а потому при перемене положения тела (вставании) следует быть осторожным во избежание головокружения и обмороков.

Пациентам, у которых увеличение предстательной железы в размерах (объем более 50 см3) сочетается с незначительным снижением максимальной скорости потока мочи (Qmax>10 мл/с), в наибольшей степени показан блокатор 5-альфа-редуктазы финастеридин. Его основным лечебным эффектом является подавление процесса роста клеток предстательной железы, тогда как на субъективные проявления заболевания препарат оказывает куда менее выраженное влияние. Наиболее часто финастеридин назначают по 5 мг один раз в сутки. Пациенту следует знать, что если значимое снижение уровня дигидротестостерона и уменьшение размеров предстательной железы наступает лишь спустя 6-12 месяцев от начала лечения. На фоне приема финастеридина снижается уровень в крови и ПСА, поэтому возрастная норма данного показателя для лиц, лечащихся этим препаратом, должна быть снижена в два раза. Увы, достаточно частыми неблагоприятными эффектами, возникающими на фоне приема финастеридина, являются импотенция, снижение либидо, уменьшение объема выделяемой семенной жидкости.

В случае если у пациента имеет место хронический простатит бактериальной природы без или на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы приоритет в его лечении принадлежит антибактериальным препаратам. Ведь обострение воспаления предстательной железы – одно из основных противопоказаний для медикаментозной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Вначале должна быть ликвидирована активность воспаления! Наиболее часто в качестве антибактериальных препаратов используются фторхинолоны, защищенные ингибиторами бета-лактамаз аминопенициллины, цефалоспорины II–III поколения. Выбор конкретного антибактериального препарата или их комбинации, продолжительность курса лечения определяет врач.

Несмотря на наличие современных мощных антибактериальных препаратов, лечение ими не всегда обеспечивает излечение от хронического бактериального простатита. Этому способствует не только высокая степень приспособляемости патогенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам, но и особенности кровоснабжения предстательной железы. Приносящие кровь в простату артериолы располагаются между прослойками соединительной ткани, а потому в условиях хронического воспаления ее разрастание в сочетании с отеком способствует сдавливанию этих сосудов с ухудшением доставки лекарственных веществ в воспаленный орган. Тем самым может быть не достигнута лечебная концентрация антибактериальных препаратов. В определенной мере это замечание относится и к лекарственным препаратам, применяемым и для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, в первую очередь в тех случаях, когда частые обострения хронического воспаления привели к разрастанию соединительной ткани в органе и нарушению его кровоснабжения.

Именно недостаточная эффективность имеющихся лекарственных средств в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы и хронического простатита, обусловила поиск новых направлений и подходов. Среди них попытки использовать физические факторы в устранении проявлений заболеваний предстательной железы. Сразу же следует оговориться, что указанные методы могут применяться лишь пациентам, которые не только имеют низкую степень риска развития рака предстательной железы (см. соответствующую статью), но и на момент назначения лечения уровень ПСА не внушает опасений.

Среди физических факторов достаточно давно используется термальное воздействие, например, трансректальная (через прямую кишку) гипертермия (повышение температуры до +40 град.С - +45 град.C) предстательной железы. Этот метод входит в международные терапевтические стандарты, и обычно применяют для ведения тех пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, которым показано динамическое наблюдение. Имеются данные об эффективности этого метода в лечении хронического простатита. В основе лечебного эффекта термального воздействия лежит активация микроциркуляции в предстательной железе, что, не только улучшает питание клеток органа, но и облегчает доступ лекарств к ним.

Еще одним физическим фактором, используемым как в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы и хронического простатита, является локальное воздействие обладающим противовоспалительным (снижает отек и боль) эффектом магнитным полем.

Локальная (через прямую кишку) вибрация, еще один метод физического воздействия, который способен оказывать лечебный эффект при заболеваниях предстательной железы за счет стимуляции сокращения гладкомышечных клеток в самой простате, а также мышц тазового дна. Тем самым достигается адекватная эвакуация секрета простаты, что весьма важно для устранения отека органа не только застойном хроническом простатите, но и при доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Среди других физических факторов для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы и хронического простатита используются электростимуляция, инфракрасное лазерное излучение, микроволновая СВЧ-терапия, ультразвук.

Перспективность использования физических факторов воздействия в лечении заболеваний предстательной железы лишний раз подтверждают результаты исследования американских урологов, которые показали возможность эффективного и безопасного применения трансректального (через прямую кишку) ультразвука высокой интенсивности в лечении доброкачественной гиперплазии простаты (Ежегодная встреча специалистов Американской Ассоциации Урологов, весна 2003 года).

Аппарат Mavit для лечения воспалительных заболеваний предстательной железы

Цена: 4000 руб.

Однако бывают ситуации, когда пациенту не следует назначать ни лекарственные препараты (за исключением антибактериальных), ни физические методы лечения.

К таким ситуациям относят:

Подозрение на злокачественный процесс в простате (см. статью рак предстательной железы)

Обострение воспалительного процесса в нижних мочевых путях (при инфекции антибактериальные препараты)

Функциональные (без структурных изменений в предстательной железе) нарушения мочеиспускания

Рубцы в малом тазу вследствие проведенных ранее операций на предстательной железе

Камни мочевого пузыря

Значительное увеличение средней доли предстательной железы, существенно нарушающей отток мочи

Частые эпизоды выделения видимой глазом крови с мочой (макрогематурия)

Тяжелая степень почечной и печеночной недостаточности

Индивидуальная непереносимость препаратов

Если пациент отвечает вышеназванным критериям, то основным методом лечения становится оперативное, чаще удаление предстательной железы через мочеиспускательный канал (трансуретральная резекция) или ее традиционное удаление (так называемая открытая простатэктомия).

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://unimed-dnk.ru/>