



Простатит является одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний мочеполового тракта у мужчин, и у большинства из них он протекает в хронической форме. Хронический простатит, известный медицине более ста лет, остается в настоящее время недостаточно изученным и плохо поддающимся лечению. Он поражает мужчин преимущественного молодого и среднего возраста, т.е. наиболее способных к репродукции.

Большинство специалистов полагают, что хронический простатит – воспалительное заболевание инфекционного генеза с возможным присоединением аутоиммунных нарушений, характеризующееся поражением как паренхиматозной, так и интрестициальной ткани предстательной железы.

Основные пути проникновения инфекционных агентов в простату:

- нисходящий – при воспалительных процессах в мочевом пузыре и почках;
- гематогенный – при наличии воспалительных процессов в ближайших и отдаленных органах (кариозных зубах, воспаленных миндалинах, ушах, носу, легких, желудочно-кишечном тракте, почках и т.д.);
- лимфогенный путь передачи инфекции наблюдается при воспалении прямой кишки;
- восходящий (уретрогенный) путь проникновения инфекции из

мочеиспускательного канала.

Именно уретра чаще всего является источником, своего рода входными воротами, для поступления инфекции в предстательную железу. Причем ведущую роль среди инфекционных агентов, способствующих возникновению или обострению простатита, играют различные возбудители инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Давно замечено, что возникновение простатита, особенно, хронического, у мужчин, никогда не болевших ИППП, наблюдается чрезвычайно редко.

В настоящее время признается существование бактериального и абактериального простатита. Однако не ясно, может ли процесс быть исходно абактериальным или же заболевание, начавшись в результате проникновения инфекционных агентов в предстательную железу, в дальнейшем протекает без их участия, т.е. проходит инфекционную и постинфекционную фазы.

Основным проявлением бактериальных ИППП у мужчин на начальном этапе заболевания является уретрит. Инфекционные уретриты вызываются различными возбудителями: бактериями, гонококками, вирусами, микоплазмами, уреаплазмами, хламидиями, герднереллами, трихомонадами и др. В свою очередь бактериальные возбудители уретрита бывают специфические (гонококки, хламидии, трихомонады) и неспецифические (кишечная палочка, стафилококки, стрептококки). Согласно статистическим данным наиболее распространенными патогенами, вызывающими специфические уретриты, являются трихомонады и хламидии.

Первоначально большинство уретритов сопровождается поражением передней части уретры. Однако довольно часто при затянувшемся уретрите воспаление не ограничивается передней частью, а распространяется на заднюю часть уретры, и возникает тотальный уретрит, который протекает, как правило, торпидно, с периодическими обострениями, часто сопровождаясь очаговыми изменениями в уретре и развитием осложнений (простатит и др.).

К факторам риска развития простатита можно отнести следующие:

- малоподвижный образ жизни, работа в сидячем положении, что способствует

возникновению застойных явлений в венах малого таза;

- общее переохлаждение организма, частые запоры, длительное половое воздержание и, наоборот, чрезмерная половая активность, нерегулярность половой жизни, наличие хронических воспалительных заболеваний (бронхит) или очагов инфекции (кариозные зубы, тонзиллит);
- угнетение иммунной системы на почве неполноценного и нерегулярного питания, переутомления, регулярного недосыпания, хронического стресса и т.д.;
- хронические интоксикации организма, связанные с курением, употреблением алкоголя и наркотиков;
- хронические травмы промежности (сотрясения, вибрация), имеющие место у автомобилистов.

Нельзя с полной уверенностью утверждать, что перечисленные факторы являются истинными причинами простатита, вероятнее, что они способствуют обострению уже существующих латентно или малосимптомно протекающих инфекционных процессов, протекающих в предстательной железе.

При хроническом простатите нарушается барьерная функция простаты (снижается содержание цинка и лизоцима). Страдают все звенья иммунитета. В случае развития воспалительного процесса в предстательной железе она утрачивает свою защитную функцию, превращается в постоянно или длительно действующий очаг инфекции.

Наиболее распространенной за рубежом классификацией простатита в настоящее время является предложенная Национальным институтом здоровья США (NIH, 1995).

Категория I. Острый бактериальный простатит.

Категория II. Хронический бактериальный простатит.

Категория III. Хронический абактериальный простатит.

Категория IIIA. Синдром воспалительной хронической тазовой боли.

Категория IIIB. Синдром невоспалительной хронической тазовой боли (простатодиния).

Категория IV. Бессимптомный хронический простатит.

Данная классификация может быть дополнена характеристикой активности воспалительного процесса: фазы активного воспаления, латентного и ремиссии.

В одной из последних классификаций простатитов (В.А. Молочков, И.И. Ильин, 1998) нашло отражение деление простатитов на три основные группы: инфекционные, постинфекционные и неинфекционные. Первостепенное значение инфекционный и постинфекционный простатиты, а ведущим фактором в их возникновении является каналикулярный, т.е. уретрогенный путь инфицирования, в то время как лимфогенным, гематогенным, нисходящим, а также неинфекционным (аллергическим, травматическим) простатитам в силу более редкого их возникновения отводится второстепенное значение.

При остром простатите у больных отмечается учащенное, болезненное, а иногда затрудненное мочеиспускание, сильные боли в промежности, паху, за и над лобком, отдающие в задний проход и головку полового члена, болезненность при дефекации. В тяжелых случаях бывает острая задержка мочи. Практически всегда имеет место общая реакция организма, проявляющаяся плохим самочувствием, повышением температуры тела до 38-39°C, потливостью, слабостью, в силу чего больные нуждаются в госпитализации по экстренным показаниям.

Однако значительно чаще простатит развивается в хронической форме. Иногда в течение нескольких лет с момента проникновения в простату инфекция себя не проявляет, и заболевание протекает в латентной форме. И только после определенных провоцирующих ситуаций, таких как длительное или резкое переохлаждение, перенесенные соматические заболевания (грипп, простуда и др.), эксцессы в сексуальной жизни, заболевание проявляется клинически. В этих случаях спектр жалоб больных хроническим простатитом необычайно широк: от незначительных нарушений половой функции до нервно-психических расстройств.

Хронический простатит проявляется, как правило, ноющими болями в промежности, распространяющимися на наружные половые органы, в область лобка или крестца (более выраженные в покое), болезненным и учащенным мочеиспусканием (особенно в ночное время). Могут быть незначительные выделения из мочеиспускательного канала при дефекации, ухудшение половой функции (ослабление эрекции, укорочение полового акта, снижение остроты сексуальных ощущений), периодическое повышение температуры до 37°C. Перечисленные симптомы могут наблюдаться как одновременно, так и в различных сочетаниях.

Хроническое воспаление предстательной железы может продолжаться неопределенно долго, но его течение не отличается монотонностью и одинаковой интенсивностью проявлений. Как правило, для этого заболевания характерны периодические обострения, сменяющиеся периодами относительного затишья.

Диагноз простатита ставится на основании жалоб больного, характерной клинической картины заболевания. Ведущим методом является пальцевое ректальное исследование, позволяющее обнаружить изменения формы, общей и очаговой консистенции, оценить степень болезненности, получить секрет предстательной железы. При микроскопическом исследовании секрета отмечается увеличение числа лейкоцитов (более 10 в поле зрения микроскопа при большом увеличении), эпителиальных клеток, эритроцитов, наличие бактерий, снижение содержания лецитиновых зерен. Проводятся различные лабораторные исследования, позволяющие обнаружить патогенные микроорганизмы, в том числе и возбудителей ИППП. Высокоинформативным является ультразвуковое исследование, особенно трансректальным способом, позволяющее дополнительно выявить очаговые изменения в области шейки мочевого пузыря и вентральной поверхности железы, которые невозможно пальпировать, а также снижение (отек) и повышение (фиброз) эхогенности ткани, наличие конкрементов и кист. Учитывая тот факт, что простатит практически никогда не бывает без уретрита, весьма целесообразно проведение уретроскопии, позволяющее установить локализацию и характер патологических изменений в уретре.

Проявления хронического простатита удивительно многообразны. У каждого больного это заболевание может протекать по-своему, поэтому во всех случаях необходим индивидуальный подход к лечению. Следует признать, что не во всех случаях возможно достичь полного излечения хронического простатита, но значительно облегчить состояние больного, устранив основные симптомы заболевания, добиться длительного восстановления функционального состояния железы – задача, решаемая современной медициной.

Лечение должно быть направлено на устранение инфекционного агента, нормализацию иммунного статуса, регрессию воспалительных изменений и восстановление функциональной активности простаты.

К основным принципам терапии можно отнести следующие:

- воздействие на все звенья этиологии и патогенеза заболевания;
- анализ и учет активности, категории и степени распространенности процесса;
- применение комплекса мероприятий.

В настоящее время при лечении уретритов и простатитов применяются три основные группы антибиотиков: тетрациклины, макролиды и фторхинолоны.

Из группы тетрациклинов наиболее удачным является доксициклин. Из числа макролидов используются преимущественно азитромицин, кларитромицин и рокситромицин. Препараты из группы фторхинолонов: ципрофлоксацин, офлоксацин и пефлоксацин.

Ряд факторов и обстоятельств должны учитываться при планировании антибактериальной терапии (АБТ) простатита: характер высеянной микрофлоры;

чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам; спектр действия, побочные эффекты и фармакокинетика антибактериальных препаратов; предшествующая АБТ; сроки начала и длительность АБТ; дозы и комбинация антибактериальных препаратов; путь введения антибактериальных препаратов; необходимость сочетания АБТ с другими методами лечения.

Положительное действие, способствующее устранению сразу нескольких патогенетических факторов простатита, оказывает массаж предстательной железы. Посредством массажа происходит выдавливание воспалительного секрета, скопившегося в железе, в протоке, а оттуда в мочеиспускательный канал. Кроме того, массаж предстательной железы улучшает ее кровоснабжение, уменьшая застойные явления в малом тазу, приводя к усилению действия антибактериальных препаратов. Однако массаж противопоказан при остром воспалительном процессе в предстательной железе, при геморрое, проктите, парапроктите, трещинах заднего прохода.

Важным звеном в лечении хронических заболеваний урогенитального тракта являются ферментные препараты. Ферментные препараты оказывают выраженное противовоспалительное, противоотечное, способствуют уменьшению вязкости продуктов воспаления, облегчая отток секрета предстательной железы. В комплексной терапии простатитов показано назначение ферментных препаратов, таких, как трипсин или химотрисин. Они улучшают проникновение антибиотиков в ткани и клетки, тем самым, повышая концентрацию лекарств в очаге поражения.

Многим больным с хроническим течением ИППП и простатита необходимо проведение иммунокорректирующей терапии, а также назначение препаратов, повышающих активность неспецифических факторов защиты организма от чужеродных агентов. В данном случае желательна консультация квалифицированного иммунолога.

Общеизвестно положительное действие физических факторов при лечении хронических заболеваний урогенитального тракта. При простатите могут быть использованы самые разнообразные методы физиотерапии: электрофорез, магнитотерапия и магнитофорез, низкочастотный и высокочастотный ультразвук, КВЧ-терапия, импульсные токи, лазеротерапия.

Значительный интерес при лечении хронического простатита представляет разработанный в НИИ иммунологии препарат Полиоксидоний. Иммуномоделирующие

свойства его состоят в том, что в терапевтических дозах он восстанавливает функции иммунной системы, то есть эффективную иммунную защиту. Кроме этого, он обладает выраженным детоксикационными и антиоксидантными свойствами. Включение в комплексное лечение больных хроническим простатитом Полиоксидония и ультразвука оказалось достаточно эффективным по отношению к большинству показателей иммунного статуса.

Больным хроническим простатитом в период ремиссии рекомендуется активный двигательный режим, занятия спортом, правильный режим сна и бодрствования, регулярная половая жизнь, нормализация стула, полноценное и достаточное питание с исключением острых и соленых блюд, пряностей. Следует ограничить прием алкогольных напитков и отказаться от курения.

От своевременного проведения профилактических курсов лечения хронического простатита и соблюдение перечисленных правил поведения будут в значительной степени зависеть здоровье, трудоспособность и возможность пользоваться радостями жизни для многих мужчин.

Список использованных источников:

1. Горилковский Л. М., Зингеренко М.Б. Хронический простатит // Журнал «Лечащий врач». №7, 2003, стр. 4-8
2. Перепелица А.Н., Минаков Н.К., Карпухин И.В. Применение полиоксидония и ультразвука в комплексном лечении хронического бактериального простатита // Журнал «Иммунология», №4, том 26, 2005, стр. 217-220
3. Пушкарь Д.Ю., Сегал А.С. Хронический абактериальный простатит: современное понимание проблемы // Журнал «Consilium Medicum», № 7, том 5, 2003, стр. 401-404

4. Якубович А.И., Чуприн А.Е. Уретрогенный простатит: этиология, патогенез, клиника, современные подходы к терапии // Журнал «Consilium Medicum», № 3, том 5, 2003, стр. 164-167