



Департамент
здравоохранения
города Москвы



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



Д. Ю. Пушкарь, А. В. Говоров, А. О. Васильев

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Практическая урология для пациентов.
Выпуск 1



МОСКВА
2020

Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения
города Москвы

Д. Ю. Пушкарь,
А. В. Говоров,
А. О. Васильев

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Практическая урология для пациентов
Выпуск 1

Москва, 2020

Учреждения-разработчики:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени С. И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».

3-125 **Заболевания предстательной железы** / Д. Ю. Пушкарь, А. В. Говоров, А. О. Васильев – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020 – 68 с.: ил. – (Практическая урология для пациентов; вып. 1).

В брошюре в простой и доступной форме приводятся необходимые каждому мужчине сведения об анатомии мочеполовой системы, урологических нормах, симптоматике, диагностике и лечении наиболее распространенных заболеваний мужской мочеполовой системы.

Издание выпускается с целью популяризации медицинских знаний по урологии и предназначено для всех мужчин, уделяющих внимание своему здоровью, и любящих их женщин.

УДК 616.-055.1
ББК 56.9

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	5
Введение	6
Анатомия мочевыделительной системы и урологические нормы	7
Каково строение мочевыделительной системы?	7
Сколько раз в сутки в норме должно происходить мочеиспускание и какова суточная потребность организма в жидкости?	10
Каковы наиболее частые причины нарушения работы мочевыделительной системы?	11
Какие вопросы, скорее всего, задаст врач на приеме?	12
Какие виды лабораторных исследований применяются для диагностики нарушений мочевыделительной системы?	13
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	16
Симптоматика	16
Проявления	17
Обследование	19
Лечение	20
Простатит	25
Симптоматика	26
Классификация	26
Патогенез	27
Диагностика	28
Обследование	29
Лечение	31
Профилактика	33

Рак предстательной железы	33
Диагностика	35
Лечение	38
Эректильная дисфункция	44
Механизм эрекции	45
Причины эректильной дисфункции	46
Диагностика	48
Лечение	50
Приложения	57

СОКРАЩЕНИЯ

ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы

ПРИ – пальцевое ректальное исследование

ПСА – простатспецифический антиген

РПЖ – рак предстательной железы

ТУРПЖ – трансуретральная резекция предстательной железы

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФДЭ-5 – фосфодиэстераза 5-го типа

ЭД – эректильная дисфункция

Здравствуй, уважаемый читатель!

Эта серия брошюр издается в образовательных целях и служит популяризации медицинских знаний по урологии. «Почему именно урология?» – спросите вы. Причин несколько. Во-первых, потому что авторы – урологи. А во-вторых... Урология – это раздел медицины, посвященный диагностике и лечению заболеваний органов мочеполовой системы. Традиционно многие проблемы, которыми занимаются врачи-урологи, считаются «стыдными». О них мало рассказывают учителя в школе, редко беседуют со своими детьми родители. Многие «знания» передаются из уст в уста по принципу «испорченного телефона». Иначе говоря, о том, как остановить кровотечение, наложить жгут, каковы основные симптомы инфаркта или аппендицита, имеют представление многие, а вот сколько раз в день следует помочиться, какова нормальная частота половой жизни (и есть ли такая норма) – об этом люди часто не осведомлены или довольствуются отрывочными и недостоверными сведениями.

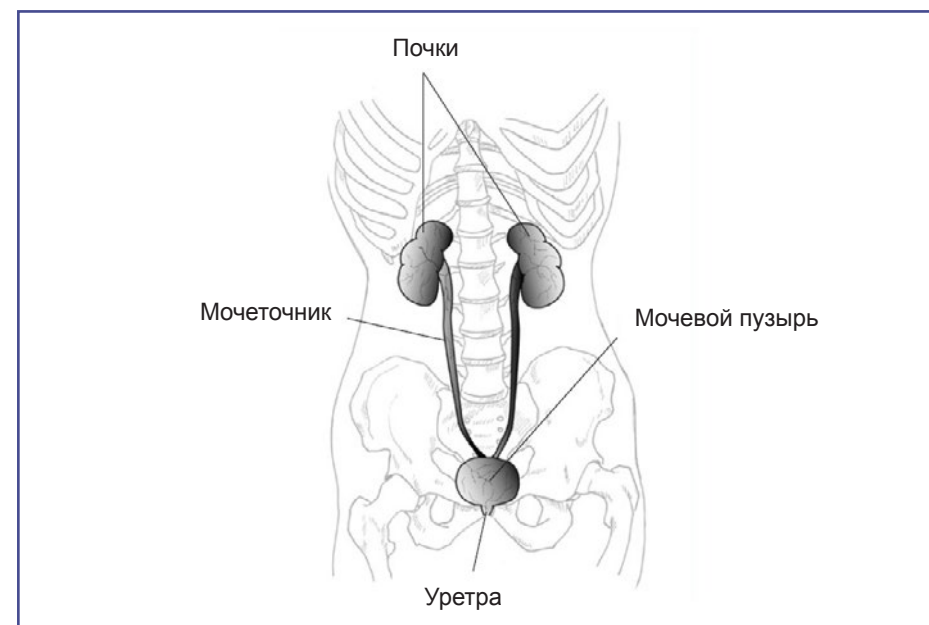
Во многих областях знаний правильно поставленный вопрос – половина ответа. Медицина не исключение. Если пациент приходит к врачу, хорошо понимая, что его беспокоит, если он правильно формулирует жалобы и готов ответить на поставленные вопросы, прием пройдет с максимальной пользой. С другой стороны, современная медицина ориентирована не только на устранение уже имеющихся жалоб и болезней, но и на профилактику появления новых недугов. Очень важно определить болезнь на самой ранней стадии, когда жалобы могут быть незначительными или вовсе отсутствовать, а эффективность лечения максимальна. Эту задачу решают плановая диспансеризация и регулярные осмотры специалистами. Об их необходимости и правильной периодичности пойдет речь дальше. А пока давайте попробуем кратко ответить на некоторые простые вопросы.

1 АНАТОМИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И УРОЛОГИЧЕСКИЕ НОРМЫ

КАКОВО СТРОЕНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ?

Верхние мочевые пути представлены почками и мочеточниками (рис. 1). Почки являются парным органом, расположены в поясничной области в проекции ребер так, что XII (самое нижнее) ребро левую почку делит примерно на 2 равные части, а правую, которая расположена чуть ниже левой, – на верхнюю треть и 2 нижние трети. В почке есть плотная ткань – паренхима, и собирательная система: чашечки и лоханка (рис. 2). В паренхиме происходит фильтрация крови – очищение ее от шлаков. Образующаяся при этом моча попадает в чашечки, из чашечек – в лоханки. Почечные лоханки переходят в мочеточники – длинные трубчатые органы

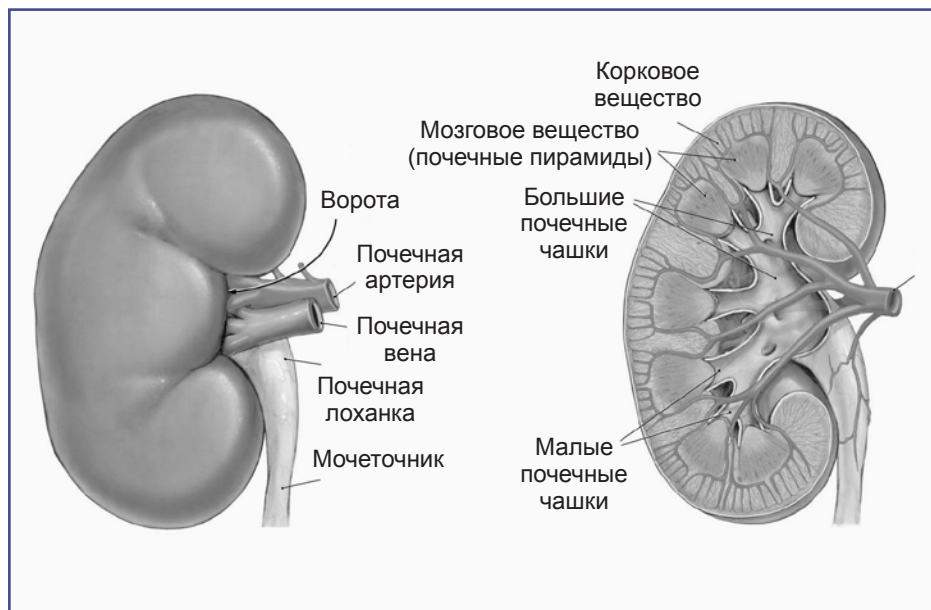
Рисунок 1. Мочевыделительная система человека



диаметром около 0,6 см и протяженностью 24–28 см, по которым моча спускается в мочевой пузырь (см. рис. 1).

Для хорошего функционирования мочевыделительной системы важно абсолютно все: и размеры почек (в норме около 6 × 10 см), и толщина их паренхимы (в норме 16–20 мм), и состояние мочевыводящих путей – лоханок и мочеточников (они должны быть свободно проходимы и не расширены).

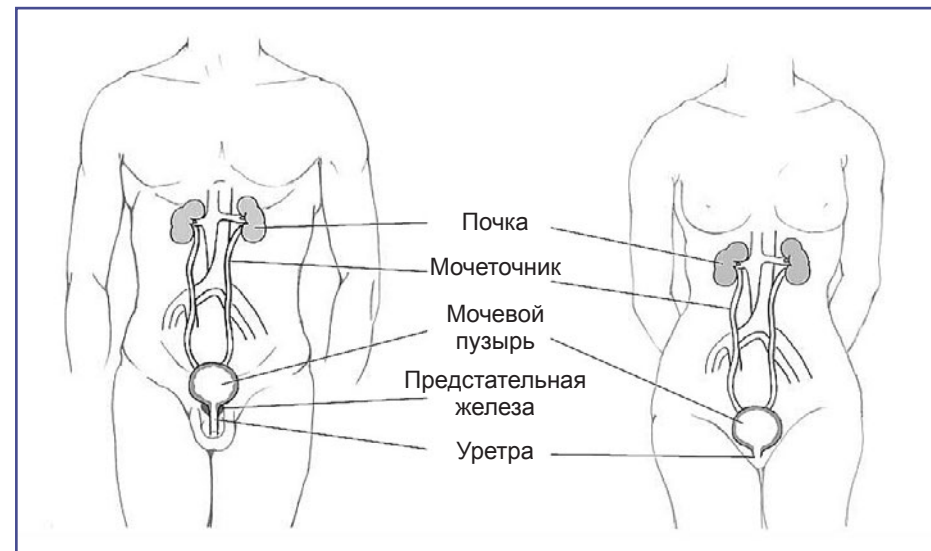
Рисунок 2. Кровоснабжение и строение почек



Мочеточники впадают в мочевой пузырь – орган, стенка которого представлена 3 слоями мышц, покрытыми изнутри слизистой оболочкой. Именно сокращение мышцы мочевого пузыря (детрузора) обеспечивает давление, позволяющее изгнать мочу наружу – опорожнить мочевой пузырь. Хорошая сократительная способность мочевого пузыря вместе с адекватной проходимостью мочеиспускательного канала – необходимые условия хорошего качества мочеиспускания. Из мочевого пузыря моча выходит наружу по мочеиспускательному каналу.

У мужчин ниже мочевого пузыря расположена предстательная железа (рис. 3). Ее основная биологическая роль – выделение секрета, который составляет 1/3 объема эякулята. Основным объемом эякулята составляет жидкость из семенных пузырьков, которые находятся в непосредственной близости от предстательной железы. Собственно сперматозоиды, число которых в 1 мл эякулята обычно насчитывает от 15 до 20 млн, составляют менее 1 % объема. Кстати, в норме объем эякулята – от 2 до 6 мл.

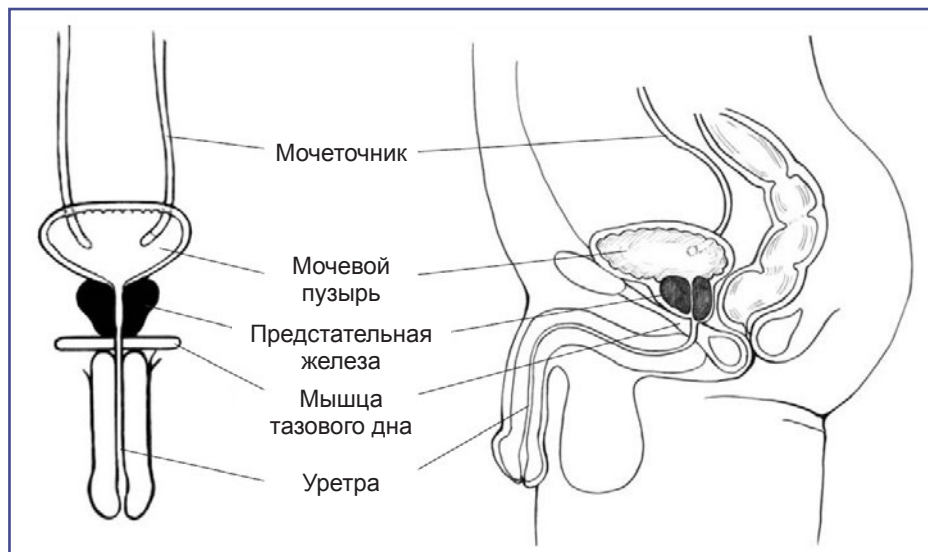
Рисунок 3. Анатомия мочевыделительной системы у мужчин и женщин



У мужчин мочеиспускательный канал имеет длину 14–20 см и проходит сквозь предстательную железу (рис. 4), нормальный объем которой составляет у взрослых 25–30 см³. Если предстательная железа начинает увеличиваться в размерах, просвет мочеиспускательного канала может уменьшаться. Это происходит при аденоме и раке предстательной железы (РПЖ). Подробнее об этих заболеваниях вы сможете прочитать в соответствующих разделах брошюры.

У женщин мочеиспускательный канал имеет несколько больший диаметр и существенно меньшую протяженность – около 3–5 см.

Рисунок 4. Расположение мочевого пузыря и предстательной железы относительно других органов малого таза



СКОЛЬКО РАЗ В СУТКИ В НОРМЕ ДОЛЖНО ПРОИСХОДИТЬ МОЧЕИСПУСКАНИЕ И КАКОВА СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ ОРГАНИЗМА В ЖИДКОСТИ?

Однозначного ответа на этот вопрос нет. В разных научно-популярных источниках можно найти информацию о диетах, рекомендующих ежедневно принимать очень большой объем жидкости – до 3–4 л. Традиционно считается, что норма потребления жидкости составляет около 1,5–2,0 л в сутки. Нужно понимать, что этот объем включает не только воду, но и все остальные напитки: чай, кофе, сок, морс и т. д., и в жаркое время года может немного увеличиваться. По возможности эти пресловутые 1,5–2,0 л нужно потреблять равномерно в течение дня. Такая норма продиктована очень простой причиной: при средней комфортной температуре с мочой выделяется около 70 % потребляемой человеком жидкости, остальные 30 % теряются с дыханием, стулом и потом. В жару этот баланс несколько смещается в сторону потоотделения. Простой расчет свидетельствует о том,

что в норме человек выделяет около 1200–1500 мл мочи. Емкость мочевого пузыря в возрасте от 7 до 25 лет прогрессивно увеличивается с 150 до 300 мл, а с 40 лет – уменьшается, достигая 150–200 мл к 70 годам. Значит, в детском возрасте (7 лет) человек опорожняет мочевой пузырь примерно 10 раз в сутки, в юношеском – 5–6 раз, в зрелом – 6–8 раз. Количество 6–8 раз признано нормой для большинства взрослых мужчин и женщин. В ночные часы концентрационная функция почек несколько выше, и в стандартной ситуации человек ночью не должен прерывать свой сон ради мочеиспускания. В пожилом возрасте за счет уменьшения емкости мочевого пузыря и несколько менее эффективной работы почек ночные позывы становятся очень частой проблемой.

Правильный ответ: Потребление 1,5–2,0 л жидкости в день, 6–8 мочеиспусканий в дневные часы, 1200–1500 мл выделенной мочи в сутки – такова урологическая норма.

КАКОВЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ РАБОТЫ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ?

Попробуем кратко перечислить некоторые из них:

- инфекции в любом отделе мочевыводящих путей и/или в предстательной железе;
- мочекаменная болезнь (симптомы во многом зависят от размера камня и от того, в каком отделе мочевыводящих путей он находится);
- онкоурологические заболевания (доброкачественные или злокачественные новообразования почек, мочевого пузыря);
- болезни, при которых увеличивается выработка мочи (сахарный диабет, некоторые другие эндокринные заболевания);
- поражение мышц, нервов или других структур, влияющих на функцию мочевого пузыря;
- нарушение нормального анатомического расположения органов малого таза (например, появление цистоцеле или опущения матки у женщин, стриктур уретры);

- прием лекарств: диуретиков, противораковых средств и т. д.;
- проведение процедур, направленных на лечение рака (например, лучевой терапии в области малого таза);
- травмы органов мочеполовой системы;
- потребление большого количества продуктов, стимулирующих выработку мочи: жидкости, кофе, чая, алкоголя, фруктов.

КАКИЕ ВОПРОСЫ, СКОРЕЕ ВСЕГО, ЗАДАСТ ВРАЧ НА ПРИЕМЕ?

- Как часто вы ходите в туалет, чтобы помочиться?
- Сколько мочи выделяется за 1 раз? За сутки?
- Сколько раз встаете ночью?
- Наблюдается ли неконтролируемое подтекание (недержание) мочи? Если да, при каких обстоятельствах оно возникает?
- Какие лекарства вы принимаете?
- Беспокоит ли болезненное мочеиспускание?
- Отмечается ли дискомфорт в области мочевого пузыря?
- Как выглядит моча – каковы ее цвет, прозрачность, есть ли осадок или видимые глазу хлопья, слизь, пена?
- Какие хронические заболевания у вас имеются?

КАКИЕ ВИДЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ?

Общий анализ мочи. Один из самых распространенных анализов, назначаемый при диагностике практически любых заболеваний. Общий анализ мочи позволяет получить данные о состоянии мочевыделительной системы и включает оценку химических и физических свойств мочи, микроскопию осадка. Накануне исследования необходимо исключить из рациона овощи, изменяющие цвет мочи, некоторые лекарственные препараты (аспирин, диуретики), алкоголь. Необходимо также исключить физическое перенапряжение. Утром в день анализа проводят туалет наружных половых органов и среднюю порцию мочи собирают в объеме 10 мл в заранее подготовленную стерильную емкость, которую необходимо доставить в лабораторию как можно скорее. Наиболее информативным анализ будет, если собрать именно первую порцию мочи.

Моча соответствует норме при следующих показателях: цвет от светло-желтого до желтого; плотность 1,008–1,030 г/л; моча прозрачная или слабо мутная; pH в пределах 5–7; белок не определяется; лейкоциты – до 3 единиц; эритроциты – не более 3 в поле зрения; все остальные показатели – 0.

Вышеописанное относится к общему анализу мочи с микроскопией ее осадка. Этот анализ является стандартным. В отдельных случаях возникает необходимость определения количества форменных элементов (лейкоцитов и эритроцитов) в 1 см³ или 1 мм³ мочи. Необходимость выполнения такого анализа определяет специалист.

Анализ мочи на флору и чувствительность к антибиотикам. Иначе этот анализ называют посевом мочи. Необходимость его выполнения определяет врач. Методика сбора мочи аналогична таковой при проведении общего анализа мочи, но цель выполнения посева иная. Мочу помещают в специальные условия, способствующие росту бактерий. В норме моча здорового человека стерильна, но порой из нижнего отдела уретры в мочу попадают микроорганизмы. Если в моче присутствуют бактерии на фоне клинических симптомов, это, как правило, свидетельствует о наличии инфекции мочеполовой системы. Если рост микрофлоры зафиксирован, врач определяет, какой микроорганизм присутствует в анализе, в какой концентрации и к каким антибиотикам он чувствителен.

Анализ секрета предстательной железы. Для подготовки к этому исследованию пациенту рекомендуется за 5–7 дней до него снизить физические нагрузки, воздержаться от полового акта, употребления алкоголя, посещения бани или сауны, а непосредственно в день анализа необходимо поставить клизму для очищения кишечника. Сама манипуляция заключается в следующем: мужчина ложится на бок или принимает коленно-локтевую позу, врач проводит массаж предстательной железы по специальной методике и выделившийся в результате секрет собирает в специальный контейнер. Если манипуляция проходит неэффективно, собирают первую порцию мочи, в которой содержится небольшое количество секрета.

В норме цвет секрета белый прозрачный или желтоватый; pH нейтральный, равный 7, с отклонениями в обе стороны не более 0,3; лейкоциты – не более 10 в поле зрения, большее количество свидетельствует о воспалении; макрофаги не обнаруживаются, их наличие указывает на воспаление; эритроциты отсутствуют или встречаются единичные, их наличие указывает на заболевание; бактерии, грибы, кишечная палочка, гонококк, трихомонады отсутствуют.

Спермограмма. Основное показание к проведению этого исследования – оценка уровня фертильности или, иначе говоря, способности к деторождению. Исследование эякулята выполняется в ближайшие несколько минут после семяизвержения. К этому исследованию требуется специально подготовиться. Эякулят должен быть получен после полового воздержания (не менее 2 и не более 7 сут.). Пациент не должен употреблять алкоголь и наркотические вещества в любых количествах в течение 6–7 дней перед исследованием эякулята. Желательно заранее исключить все токсические факторы (алкоголь, никотин, лекарства, облучение, профессиональные вредные воздействия), тепловые процедуры (ультравысокочастотную терапию, бани). При воспалительных заболеваниях уретры и предстательной железы рекомендуется исследовать эякулят спустя 2 нед. после проведения лечения (для ликвидации медикаментозной интоксикации). Анализ спермы нежелательно проводить на фоне острого воспаления. Накануне исследования спермограммы исключают тяжелые физические нагрузки и стрессовые ситуации.

Клинический анализ крови. Для проведения общего анализа кровь сдают утром натощак. Желательно накануне не употреблять жирную пищу и алкоголь, не курить в течение часа перед сдачей крови. Любой острый воспалительный процесс, протекающий в организме, обычно вызывает изменения в крови, поэтому врач в обязательном порядке назначает па-

циенту это исследование. Следует понимать, что изменения в крови не являются специфическими, т. е. невозможно утверждать, что именно урологическое заболевание стало их причиной. Врач соотносит результаты этого анализа с жалобами пациента и клинической картиной заболевания, после чего принимает решение о дальнейшем обследовании и лечении.

Биохимический анализ крови. Правила подготовки к сдаче крови на биохимическое исследование аналогичны таковым при клиническом анализе крови. В зависимости от поставленной цели биохимическое исследование может включать более 50 позиций. По результатам этого исследования можно судить о работе всего организма, но если сконцентрироваться на урологии, то о работе почек наиболее адекватно свидетельствуют уровни креатинина и мочевины в сыворотке крови. Если эти показатели выше нормы, возможно, имеется нарушение функции почек. В рамках биохимического анализа крови может выполняться исследование онкомаркеров – специфических белков, изменение уровней которых может быть признаком наличия онкологических заболеваний. Из наиболее информативных урологических онкомаркеров используют простатспецифический антиген (ПСА). Показания к определению уровня ПСА и интерпретацию результатов анализа вы найдете в разделе, посвященном РПЖ.

Мы прокомментировали лишь основные виды лабораторной диагностики, используемые в урологии. О специфических анализах и методах исследования вы сможете прочитать далее в соответствующих разделах брошюры.

2 ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Многие знают, что одним из распространенных заболеваний у мужчин пожилого возраста является аденома предстательной железы. Однако не всем известно, что название это уже устарело – специалисты в последние годы пользуются термином «доброкачественная гиперплазия предстательной железы» (ДГПЖ).

ДГПЖ распространена настолько, что многие исследователи говорят о неизбежности этого заболевания у мужчин, проживших достаточно долго для того, чтобы ДГПЖ успела развиваться. К 80 годам 80 % мужчин страдают этим недугом. Примерно у 50 % из них имеются клинические проявления заболевания, требующие лечения.

О ДГПЖ как о заболевании следует говорить только тогда, когда имеется сочетание увеличения предстательной железы с симптомами нарушения мочеиспускания.

Причины развития ДГПЖ изучены недостаточно, но в основе всех многочисленных исследований в этой области лежит идея гормональной перестройки организма, начинающейся в 45–55 лет и получившей название мужского климакса. Колебание уровня мужского полового гормона – тестостерона, его избыточное накопление в предстательной железе запускают активный рост ДГПЖ.

СИМПТОМАТИКА

Клинически данное заболевание проявляется различными симптомами, такими как:

- ослабление струи мочи;
- прерывистое мочеиспускание;
- затрудненное мочеиспускание;

- ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания;
- необходимость натуживаться для начала мочеиспускания;
- задержка мочеиспускания;
- учащенное дневное и ночное мочеиспускание;
- невозможность удержать мочу при возникновении позыва на мочеиспускание.

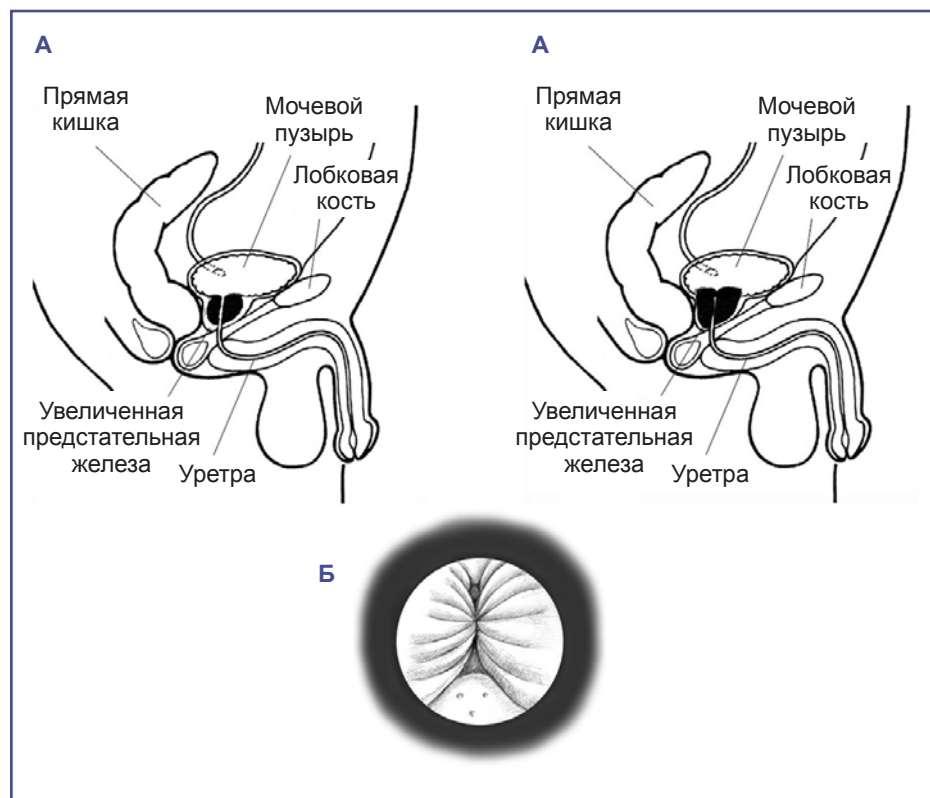
На конечных стадиях ДГПЖ резко возрастает риск возникновения острой задержки мочеиспускания – состояния, при котором мочевой пузырь переполнен, больной испытывает ярко выраженные позывы к мочеиспусканию, но помочиться не может или мочится «по каплям».

Не все симптомы обязательно присутствуют у каждого больного, выраженность их индивидуальна. Принято различать симптомы нарушения мочеиспускания фазы накопления (к ним относятся частые позывы, необходимость мочиться в ночные часы и т. д.), фазы опорожнения (необходимость натуживаться, вялая струя мочи) и постмиктурические симптомы. К последним относятся ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, подкапывание мочи после акта мочеиспускания и т. д. Необходимо помнить, что эти симптомы не являются строго специфичными для ДГПЖ и могут встречаться при РПЖ, простатите, нейрогенных расстройствах мочеиспускания, цистите, опухолях мочевого пузыря и многих других заболеваниях. Не следует торопиться с постановкой диагноза, как только первые симптомы дадут о себе знать. Большое значение в лечении ДГПЖ имеет правильная методика обследования и постановки диагноза.

ПРОЯВЛЕНИЯ

Причинами нарушения мочеиспускания являются постепенное увеличение предстательной железы, которое начинается примерно в 25–30 лет, и повышение тонуса гладких мышц шейки мочевого пузыря, приводящие к сдавлению мочеиспускательного канала и сужению его просвета (рис. 5).

Рисунок 5. Увеличение предстательной железы (а), сужение просвета мочеиспускательного канала увеличенной предстательной железой, вид изнутри (б).



Вследствие этого нарушается прохождение мочи по мочеиспускательному каналу и возникают описанные выше симптомы. Не менее важной причиной является ослабление сократительной способности мышцы мочевого пузыря, что в основном обусловлено ухудшением ее кровоснабжения и истощением компенсаторных возможностей вследствие постоянной необходимости «бороться» с увеличивающимся сопротивлением в простатическом отделе мочеиспускательного канала.

На начальной стадии заболевания мочевой пузырь после мочеиспускания опорожняется полностью и отсутствует поражение почек. На конечной стадии у больного появляется остаточная моча (неполное опорожнение мочевого пузыря после мочеиспускания), вследствие чего в мочевом пузыре

могут образовываться камни и дивертикулы (грыжевые выпячивания стенки пузыря). На фоне нарушения оттока мочи из мочевого пузыря постепенно происходит растяжение мочеточников и почечных лоханок, в которых возникает хроническое воспаление – пиелонефрит. При отсутствии адекватного лечения на конечных стадиях заболевания развивается хроническая почечная недостаточность, представляющая угрозу жизни больного.

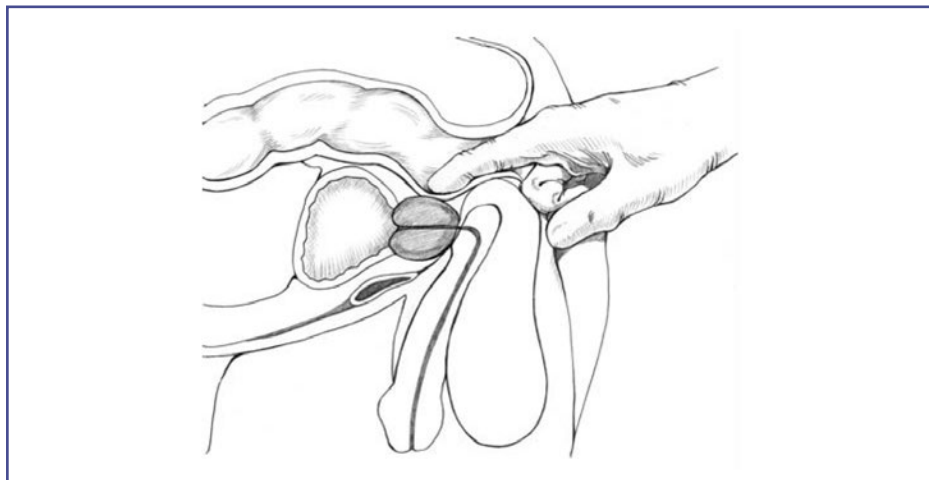
ОБСЛЕДОВАНИЕ

Тактика лечения пациента, страдающего ДГПЖ, должна определяться после проведения предварительного обследования. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, минимальный перечень необходимых обследований включает:

- заполнение специального вопросника – IPSS, состоящего из 7 вопросов (приложение 1);
- оценку качества жизни (QOL) по 6-балльной шкале (приложение 1);
- пальцевое ректальное исследование (ПРИ), в ходе которого уточняются наличие болезненности, консистенция, форма и объем предстательной железы (рис. 6);
- общий анализ мочи;
- определение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови;
- ультразвуковое исследование (УЗИ) предстательной железы с определением наличия и количества остаточной мочи;
- исследование скорости потока мочи (урофлоуметрия);
- ведение дневника мочеиспусканий (запись времени мочеиспусканий и объема выделенной мочи на протяжении 2–3 сут.);
- определение уровня ПСА в сыворотке крови: его повышение может свидетельствовать о наличии такого грозного заболевания, как РПЖ;
- при повышении уровня ПСА или подозрении на поражение предстательной железы при ПРИ показана биопсия предстательной железы;

- при необходимости – рентгеновское или радионуклидное обследование почек.

Рисунок 6. Пальцевое ректальное исследование предстательной железы.



ЛЕЧЕНИЕ

Возможными вариантами лечения ДГПЖ являются динамическое наблюдение, оперативное вмешательство и медикаментозная терапия.

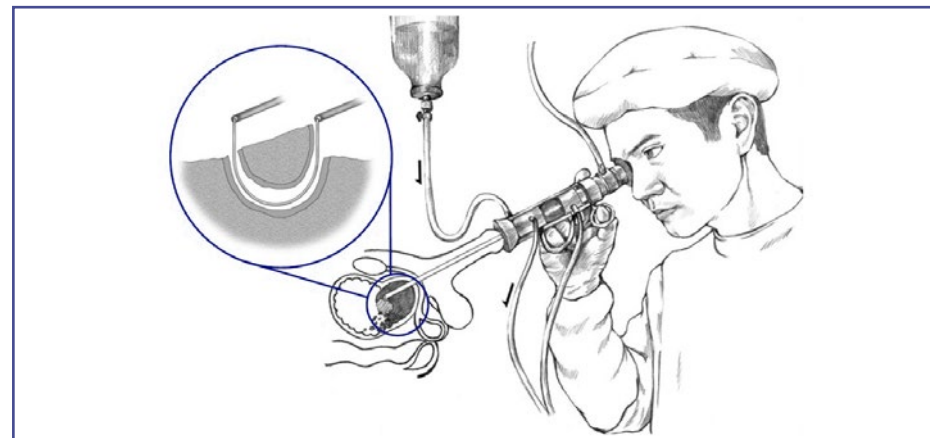
Динамическое наблюдение. Допустимо у больных с мягкой симптоматикой, качество жизни которых существенно не страдает из-за имеющихся симптомов, и подразумевает проведение контрольных анализов крови и мочи, определения уровня ПСА, УЗИ и урофлоуметрии каждые 6–12 мес. Динамическое наблюдение, как и медикаментозное лечение, обязательно включает элементы так называемой поведенческой терапии: ограничение приема жидкости в вечерние часы, за 3 ч до сна отказ от приема продуктов, обладающих мочегонным действием (фрукты, кофе, чай, алкоголь, молочные продукты), коррекцию сопутствующей медикаментозной терапии и т. д.

Оперативное лечение. Показано больным с выраженной симптоматикой, с вовлечением в процесс верхних мочевых путей, у которых имеются противопоказания к назначению медикаментозной терапии или она неэффективна. Абсолютные показания к выполнению операции: повторяющаяся примесь крови в моче, наличие камней в мочевом пузыре, острая или хроническая задержка мочи.

Целью любой операции при ДГПЖ является удаление избыточной ткани предстательной железы, которая сужает просвет мочеиспускательного канала, препятствуя нормальному мочеиспусканию. Иначе говоря, речь идет об удалении не всей железы, а только той ее части, которая сдавливает уретру. Существует 3 основных вида оперативного лечения ДГПЖ:

- трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРПЖ) – эндоскопическая операция, являющаяся «золотым стандартом» хирургического лечения ДГПЖ. Операцию выполняют без разреза; инструмент проводят через мочеиспускательный канал (рис. 7). На конце инструмента расположена подвижная петля, с помощью которой под визуальным контролем выполняют электрорезекцию ткани предстательной железы. Ткань железы постепенно, кусочек за кусочком, срезают и смещают в мочевой пузырь. В конце операции эти кусочки эвакуируют из мочевого пузыря и отправляют на исследование. ТУРПЖ выполняется при объеме предстательной железы до 60–80 см³. В отдельных случаях опытные хирурги могут выполнить операцию даже при объеме органа 100–120 см³;

Рисунок 7. Трансуретральная резекция предстательной железы



- лазерная абляция, или энуклеация предстательной железы, – эндоскопическая операция, в ходе которой, в отличие от ТУРПЖ, используется не электрическая энергия, а лазер. Эффективность этой методики сравнима с эффективностью ТУРПЖ. Для энуклеации используется гольмиевый лазер, для абляции «зеленый» – калий-титанил-фосфатный (КТР) лазер. Наиболее перспективным представляется тулиевый лазер, с помощью которого можно выполнить оба перечисленных выше варианта операции;
- аденомэктомия – хорошо изученная открытая операция, которая проводится при выраженном увеличении предстательной железы, когда ТУРПЖ технически невыполнима. Для этой операции выше лонного сочленения по средней линии живота выполняют разрез длиной примерно 6–10 см.

В зависимости от вашего общего состояния, сопутствующих заболеваний, степени увеличения предстательной железы, наличия осложнений и ряда других факторов врач посоветует вам наиболее подходящую операцию. Нужно понимать, что само по себе увеличение предстательной железы, в каких бы значениях оно ни выражалось, не является достаточным показанием к операции. Хирургическое лечение выполняется только при сочетании выраженной симптоматики с увеличением предстательной железы.

Иногда пациенты просят выполнить операцию «профилактически» – когда симптомы еще не очень выражены и предстательная железа не сильно увеличена. Они мотивируют такую просьбу нежеланием «запускать ситуацию». Такая тактика является категорически неверной! Оперативное вмешательство, каким бы высокотехнологичным оно ни было и какой бы опытный врач ни брался за его выполнение, всегда подразумевает риск развития интра- и послеоперационных осложнений. В хирургии ДГПЖ этот риск невелик. Чем больше опыт хирурга и лучше техническое обеспечение, тем он меньше, однако оперативное вмешательство должно выполняться только по показаниям, которые строго формализованы и одинаковы во всех странах.

Медикаментозная терапия. Исходя из современных представлений, медикаментозная терапия должна назначаться больным ДГПЖ с начальными проявлениями нарушения мочеиспускания без вовлечения в процесс верхних мочевых путей и осложнений, больным с относительными и абсолютными противопоказаниями к оперативному лечению, пациентам, отка-

завшимся от оперативного лечения или откладывающим его по различным причинам. Согласно данным статистики эти пациенты составляют 60–70 % от общего числа обратившихся с различными расстройствами мочеиспускания, обусловленными ДГПЖ.

Современная стратегия лечения ДГПЖ строится на основании сравнения его эффективности с потенциальными осложнениями того или иного метода. Оперативному вмешательству, обладающему наибольшей эффективностью, свойственна наибольшая частота осложнений, и оно не всегда гарантированно может избавить пациента от всех симптомов расстройства мочеиспускания. Выше мы уже упоминали тот факт, что нарушение мочеиспускания при ДГПЖ не всегда связано только с сужением просвета мочеиспускательного канала, т. е. с самим увеличением предстательной железы. Большое значение для обеспечения правильного мочеиспускания имеет хорошая сократительная способность мочевого пузыря. Именно из-за нарушения функции мочевого пузыря у пациентов могут возникать частые позывы к мочеиспусканию, эпизоды, когда позыв сложно или почти невозможно сдержать, учащенное мочеиспускание в ночные часы. Оперативное вмешательство почти наверняка обеспечит улучшение струи мочи, избавит от риска задержки мочи, но не всегда может гарантированно устранить жалобы, связанные с дисфункцией мочевого пузыря. В последние годы во всем мире наметилась стойкая тенденция к снижению популярности оперативных методов лечения ДГПЖ: примерно у 70 % пациентов проводится медикаментозная терапия. Успехи современной фармакологии обеспечили большое разнообразие препаратов для лечения ДГПЖ. Их выбор обычно обусловлен степенью выраженности тех или иных симптомов, особенностями заболевания, данными объективного обследования. При всем разнообразии вариантов медикаментозной терапии ДГПЖ ведущими урологами разных стран были сформулированы основные принципы ее проведения, основанные на степени доказанности, эффективности и безопасности тех или иных препаратов. Вкратце эти принципы формулируются так:

- наиболее популярными препаратами являются **альфа-адреноблокаторы**. Обладая хорошей эффективностью и переносимостью, они обеспечивают прекрасный результат, проявляющийся вскоре после начала терапии. Длительность курса лечения колеблется от нескольких месяцев до нескольких лет. В большинстве случаев терапия рассчитана на постоянный прием препаратов. При этом альфа-адреноблокаторы не останавливают рост предстательной железы;

- **ингибиторы 5-альфа-редуктазы** назначаются при заметном увеличении предстательной железы и начинают действовать через 6–12 мес. постоянного приема. Они назначаются длительными курсами – несколько лет и более, применение ингибиторов 5-альфа-редуктазы короткими курсами неэффективно. На фоне их применения в большинстве случаев удается не только приостановить рост предстательной железы, но и добиться ее уменьшения на 20–30 %. Наиболее популярной схемой назначения ингибиторов 5-альфа-редуктазы является сочетанный прием с альфа-адреноблокаторами: прием двух препаратов вместе оказывает наибольший эффект;

- **М-холинолитики (антихолинергические препараты)** показаны пациентам, у которых имеются расстройства мочеиспускания, обусловленные дисфункцией мочевого пузыря. Выше мы их перечисляли: частые позывы к мочеиспусканию, эпизоды, когда позыв сложно или почти невозможно сдержать, учащенное мочеиспускание в ночные часы и т. д. Эти проблемы очень часто сопутствуют увеличению предстательной железы и объединены понятием «гиперактивный мочевой пузырь». М-холинолитики могут назначаться как самостоятельно, так и в сочетании с другими лекарственными средствами (например, альфа-адреноблокаторами), и способствуют улучшению регуляции работы мочевого пузыря;

- **бета-3-агонисты** также применяются при гиперактивном мочевом пузыре и, несмотря на несколько иной, чем у М-холинолитиков, механизм действия, направлены на устранение симптомов гиперактивного мочевого пузыря. Как и М-холинолитики, они применяются постоянно или продолжительными курсами и могут назначаться как сами по себе, так и в сочетании с другими препаратами;

- **препараты из растительного сырья**, содержащие экстракты различных растений, не рекомендованы к применению у больных ДГПЖ ввиду низкой эффективности и недостатка данных, доказывающих оправданность таких назначений. Несмотря на длительную историю их применения и обилие рекламы, эффективность этих препаратов не была подтверждена в международных мультицентровых исследованиях.

Список препаратов, которые могут быть использованы для медикаментозной терапии ДГПЖ, не исчерпывается приведенными выше. Например, при сочетании симптомов расстройства мочеиспускания и эректильной дисфункции (ЭД) с успехом применяются ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5), а у пациентов с выраженной ноктурией (частое мочеис-

пускание в ночные часы) используются аналоги вазопрессина. В данной публикации мы не ставим задачу перечислить все препараты и научить пациентов самостоятельно выбирать тактику лечения, поскольку грамотное решение может быть принято только врачом-специалистом после детального обследования и обсуждения жалоб конкретного пациента.

Урологи давно отошли от шаблонных схем лечения ДГПЖ и подходят к каждому случаю индивидуально. Только такое отношение позволяет добиться стойкого положительного результата при минимальном риске развития осложнений и побочных эффектов.

3 ПРОСТАТИТ

Что такое простатит? Если отвечать языком учебника, это воспаление ткани предстательной железы. Еще можно сказать, что это самое частое урологическое заболевание у мужчин в возрасте от 20 до 50 лет. Причем к 50 годам те или иные симптомы, обусловленные простатитом, отмечают у себя почти 50 % мужчин. Диагноз «простатит» – один из самых загадочных, и причин для этого много. Во-первых, несмотря на все исследования, невозможно объяснить столь широкое распространение этого заболевания. Действительно, почему все остальные воспалительные процессы не поражают добрую половину населения, а простатит именно так и поступает? Что является причиной развития этого воспаления, что поддерживает процесс в предстательной железе? Почему часто лечение приводит лишь к временному улучшению и через некоторое время болезнь вспыхивает с новой силой? Вопросов можно задать еще очень много, а ответить на них однозначно сложно. Но давайте обо всем по порядку.

СИМПТОМАТИКА

Все жалобы могут быть условно разделены на несколько групп по механизму возникновения:

- различные нарушения мочеиспускания, связанные с сужением прохода мочеиспускательного канала на фоне отека воспаленной предстательной железы: затрудненное начало мочеиспускания, вялая струя мочи, прерывистое мочеиспускание, мочеиспускание по каплям, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря;
- симптомы, обусловленные раздражением нервных окончаний на фоне воспаления: учащенное мочеиспускание, резкие сильные (повелительные) позывы к мочеиспусканию, мочеиспускание маленькими порциями, недержание мочи при позыве к мочеиспусканию;
- боли различной интенсивности и характера внизу живота, в паху, в пояснице и на внутренней поверхности бедер.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Категория I – острый простатит. О нем уже было сказано выше.

Категория II – хронический бактериальный простатит, хроническое воспаление предстательной железы, характеризующееся периодическими и различными по интенсивности болями разной локализации, которое вызвано преимущественно бактериями кишечной группы (кишечная палочка, энтерококк и др.). Для этого простатита характерно повышение содержания лейкоцитов в секрете предстательной железы и третьей, или постмассажной, порции мочи, а также выделение из этих материалов причинных бактерий (как правило, кишечной группы).

Категория IIIa – хронический небактериальный воспалительный простатит, хроническое воспаление предстательной железы, возбудитель которого не обнаружен. Для этого простатита также характерно повышенное содержание лейкоцитов в секрете предстательной железы и третьей, или постмассажной, порции мочи, но с отсутствием в этих материалах причинных бактерий.

Категория IIIb – хронический небактериальный невоспалительный простатит, или синдром хронических тазовых болей у мужчин. Характеризуется теми же симптомами, но содержание лейкоцитов в секрете предстательной железы и третьей, или постмассажной, порции мочи нормальное, а бактерии отсутствуют. Возможно, что это невоспалительное заболевание предстательной железы или других тазовых органов (прямая кишка, мочевого пузыря). Данные, полученные в последние годы, свидетельствуют о том, что на самом деле это может быть не воспаление предстательной железы (простатит), а небактериальное хроническое воспаление мочевого пузыря (интерстициальный цистит). Иногда говорят о нейрогенной природе симптомов хронического простатита категории IIIb, т. е. в качестве его причины может выступать нарушение функции периферической или даже центральной нервной системы.

Категория IV – любая форма простатита, протекавшая без каких-либо симптомов и выявленная случайно. Если при данной форме простатита не выявляется причинная инфекция, можно не лечить таких пациентов и лишь проводить динамическое наблюдение.

ПАТОГЕНЕЗ

Причин для развития простатита множество. Наиболее частой – причиной острого и хронического бактериальных простатитов (простатитов I и II категорий) – является попадающая в предстательную железу из мочевыводящего пути инфекция. Проникновение болезнетворных микроорганизмов в предстательную железу может привести к ее отеку и развитию острого воспаления. Диагноз в таком случае формулируется как «острый простатит». К слову, заболеваемость острой формой составляет около 5 % всех случаев простатита. Температура тела достигает 38–39 °С, боли в промежности превращают процесс мочеиспускания и дефекации в подвиг. Может образоваться абсцесс, т. е. гнойное расплавление тканей предстательной железы, требующее оперативного лечения. В этой ситуации диагноз звучит как «абсцесс предстательной железы». Все вышеописанные жалобы проявляются с максимальной интенсивностью вплоть до острой задержки мочи.

Подобная ситуация требует госпитализации и интенсивного курса антибактериальной и противовоспалительной терапии, а иногда даже оперативного лечения.

К бактериям, наиболее часто вызывающим простатиты, относятся кишечная палочка, стрептококк, стафилококк, клебсиелла, цитробактер и другие представители кишечной группы бактерий. Способность хламидий, микоплазм, уреаплазм, трихомонад и других микроорганизмов, передаваемых половым путем, вызывать воспаление предстательной железы не доказана, однако воспаление мочеиспускательного канала (уретрит), вызванное ими, само по себе является фактором хронизации воспаления в предстательной железе и требует обязательного лечения. Причиной простатита также могут быть грибковые и вирусные инфекции.

Простатиты вызываются и поддерживаются и неинфекционными факторами, из которых ведущая роль отводится хроническому спазму предстательного отдела уретры, приводящему к забросу мочи из уретры в предстательную железу. Нарушение нормального опорожнения предстательной железы и семенных пузырьков также поддерживает хроническую природу этого заболевания. Важными факторами, поддерживающими хронический вялотекущий процесс в предстательной железе, являются также нарушение кровообращения в органах малого таза (застойные явления в предстательной железе приводят к ее воспалению), сидячий образ жизни (у водителей, офисных служащих, чиновников), длительное половое воздержание, частое переохлаждение (у любителей экстремального отдыха, такого как дайвинг, серфинг, байдарочный и горнолыжный спорт) и стрессы – психические и физические перегрузки. К этому списку стоит добавить и погрешности в диете, острую и пряную пищу, алкоголь и т. д. Как видите, мало кто может похвастаться тем, что в его жизни этих факторов нет. Возможно, это и есть ответ на вопрос о столь широкой распространенности заболевания?

Наиболее частой причиной является попадающая в предстательную железу **инфекция**.

ДИАГНОСТИКА

Хронический простатит – коварная болезнь. Часто заболевание развивается постепенно или вовсе бессимптомно и со временем приобретает хроническое течение. Если вовремя не обратить на него внимание, незначительное, казалось бы, недомогание может перерасти в настоящую проблему. В хронической форме простатит может приводить к таким се-

рьезным нарушениям, как снижение потенции и даже бесплодие, поскольку воспаленная предстательная железа не может вырабатывать достаточное количество секрета для обеспечения подвижности сперматозоидов, а качество секрета изменяется. Потому так важно диагностировать простатит на ранней стадии и эффективно провести курс лечения.

Диагноз острого простатита может быть установлен на основании характерной клинической картины при обычном урологическом осмотре. Многообразие причин хронических простатитов II и III категорий требует проведения комплекса сложных диагностических исследований. Успех лечения зависит от того, насколько полно эти причины были выявлены. В первую очередь устанавливается сам факт наличия хронического воспаления предстательной железы и одновременно выясняется роль инфекции в его развитии. Частота определенных форм заболевания, согласно статистике, такова: 5–10 % случаев – острый бактериальный простатит, 6–10 % – хронический бактериальный, 80–90 % – хронический небактериальный.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

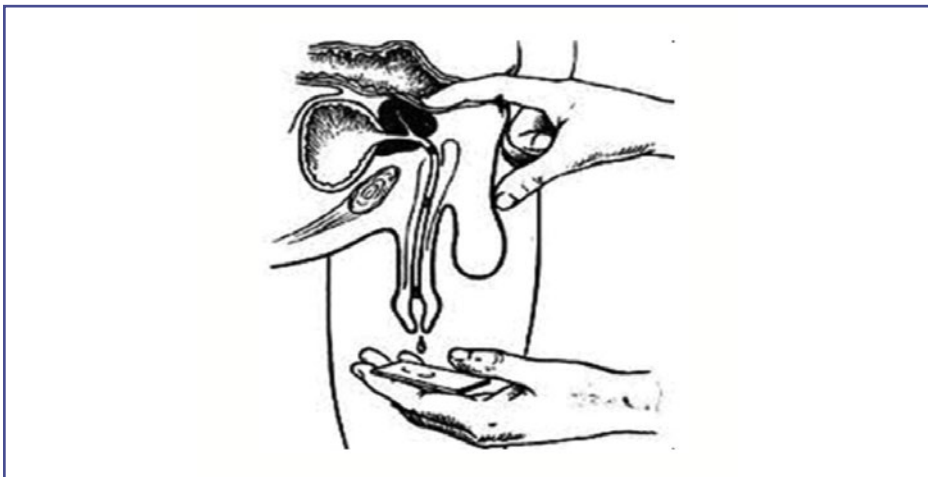
Общие методы обследования урологических больных: анализы крови (клинический, биохимический, на вирус иммунодефицита человека, сифилис и маркеры гепатитов В и С), анализы мочи.

Специальные методы обследования:

1. Анализы крови и мочи.
2. Бактериологическое исследование мочи на наличие патогенной флоры.
3. Исследование секрета предстательной железы. После массажа предстательной железы пальцем через прямую кишку из мочеиспускательного канала выделяется небольшое количество беловатой или сероватой вязкой жидкости (рис. 8) – это и есть секрет предстательной железы, который собирают и подвергают исследованию – микроскопии, посеву на флору и т. д.

Нормальные показатели секрета предстательной железы таковы: менее 10 лейкоцитов в поле зрения, большое количество лецитиновых зерен, отсутствие микрофлоры.

Рисунок 8. Получение секрета предстательной железы путем ее массажа через прямую кишку



Перед началом процедуры пациент частично мочится, чтобы удалить содержимое мочеиспускательного канала, затем выполняют массаж предстательной железы. Если секрет получить не удастся, исследуют осадок мочи, полученной сразу после массажа органа (не позднее чем через 5 мин.). Следует учитывать, что отрицательные результаты однократного исследования секрета предстательной железы еще не означают отсутствия в ней воспалительного процесса. В то же время исследование только секрета предстательной железы не позволяет выявить воспаление почти у 50 % пациентов с воспалительным синдромом хронических тазовых болей.

4. Двухстаканная или четырехстаканная проба мочи: четырехпорционная проба Meares–Stamey с лабораторным и микробиологическим исследованием 3 порций мочи и секрета предстательной железы. Во время этой пробы пациента просят выпустить первые 10 мл мочи в 1-ю стерильную баночку, затем выпустить в унитаз 100 мл мочи и после этого – 1 мл мочи во 2-ю стерильную баночку. Затем выполняют массаж предстательной железы и получают ее секрет. После массажа и получения секрета собирают в стерильную баночку 3-ю, постмассажную, порцию мочи в объеме 10 мл. Все 3 порции мочи и секрет предстательной железы подвергают микроскопическому (подсчет лейкоцитов) и микробиологическому (выделение микрофлоры) исследованиям. В зависимости от результатов этой пробы

хронический простатит можно отнести к одной из категорий, определить его причину.

5. Анализы на инфекции, передаваемые половым путем (исследования крови на наличие специфических антител, мазка из уретры, отделяемого из уретры и т. д.).

6. Пальцевое ректальное исследование. Важно отметить, что в норме пациент не испытывает болевых ощущений при этом обследовании. Если таковые появились, это один из возможных симптомов наличия простатита.

7. УЗИ почек, мочевого пузыря и предстательной железы с определением остаточной мочи. Трансректальное УЗИ (специальный ультразвуковой датчик вводят в прямую кишку; в этом случае качество исследования гораздо выше, чем при осмотре через переднюю брюшную стенку).

8. Урофлоуметрия (исследование скорости потока мочи).

9. Заполнение опросника NIH-CPSI (приложение 2).

10. Ведение дневника мочеиспусканий.

11. Анализ крови на содержание ПСА для исключения РПЖ.

12. Микроскопическое и бактериологическое исследование эякулята (иногда, по показаниям).

Если после проведения курса лечения симптомы болезни не исчезли или даже усилились, если есть основание подозревать возможность развития осложнений, могут быть назначены дополнительные исследования: компьютерная и магнитно-резонансная томография, посев крови и т. д.

ЛЕЧЕНИЕ

На основании результатов обследования врач составляет программу лечения, которая должна включать целый спектр лечебных мероприятий. В каждом конкретном случае лечебная тактика выбирается индивидуально. Важно понимать, что единой универсальной схемы лечения не суще-

ствует и то, что хорошо помогло вашему другу или соседу, не обязательно поможет вам.

Острый простатит быстро и эффективно лечится с помощью антибиотиков. Полностью и гарантированно навсегда избавиться от хронического простатита, к сожалению, невозможно. В этом случае речь может идти только о том, чтобы добиться максимально длительных ремиссий (отсутствия обострений) заболевания. При правильно подобранном лечении продолжительность ремиссий может достигать 5 и более лет. Если в развитии хронического простатита установлена роль инфекции, обязательно применение длительных (до 4 и более недель) курсов антибиотиков. Современные антибактериальные препараты, особенно из группы фторхинолонов, прекрасно проникают в ткань предстательной железы при обычных способах применения. Исследования последних лет доказали, что применение препаратов группы альфа-адреноблокаторов, нормализующих тонус гладкой мускулатуры простатической уретры, капсулы предстательной железы и семенных пузырьков, весьма эффективно при любых формах хронического простатита. Эти препараты делают лечение более надежным и значительно увеличивают период ремиссии. Наряду с альфа-адреноблокаторами в лечении хронического простатита успешно применяются нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные препараты. В некоторых случаях хронического простатита могут эффективно применяться микроволновая гипертермия предстательной железы и различные физиотерапевтические процедуры.

Использование таких «методов лечения», как лазеротерапия, магнитотерапия, трансуретральная электростимуляция, вакуумная аспирация секрета предстательной железы и т. п., а также применение различных пищевых добавок и медикаментов, эффективность которых не была доказана в ходе международных мультицентровых клинических исследований, не рекомендовано. Механизм действия указанных средств научно не установлен, а их побочные эффекты не изучены.

Столь широкая распространенность простатита во многом объясняется и гипердиагностикой: зачастую неопытные врачи ставят этот диагноз практически без обследования или на основании минимальных изменений в анализах мочи. Профессионализм в обследовании и лечении – залог их эффективности. Рекламе о «мгновенном излечении» простатита не следует доверять – мгновенного излечения этого недуга не бывает.

Единственной универсальной схемы лечения **не существует.**

ПРОФИЛАКТИКА

Все меры профилактики, по сути, направлены на устранение факторов риска, приведенных выше. Пациентам рекомендуется наладить рациональное питание, ограничить потребление острой и жирной пищи, не злоупотреблять алкоголем, поддерживать стабильную нормальную массу тела, не переохлаждаться, заниматься спортом и как можно больше двигаться. Ну и, конечно же, необходимо вести регулярную половую жизнь, без длительных периодов воздержания: как любая железа, предстательная железа должна функционировать – вырабатывать секрет и освобождаться от него. Застойный простатит (обусловленный неполным опорожнением железы) – один из самых «упорных» и плохо поддающихся лечению.

Если у мужчины появляются дискомфортные ощущения в области промежности, затрудненное или учащенное мочеиспускание, преждевременное семяизвержение, нарушения эрекции, ему следует обязательно обратиться к врачу и пройти обследование.

4 РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В настоящее время в России и во многих других странах наметилась стойкая тенденция к увеличению числа больных РПЖ. Популяризация знаний об этом заболевании и современные возможности ранней диагностики позволили значительно увеличить выявляемость РПЖ на ранних стадиях, когда лечение может быть максимально эффективным.

РПЖ – одно из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. За период с конца

1970-х до начала 1990-х годов частота этого заболевания почти удвоилась. В структуре онкологических заболеваний в ряде стран РПЖ выходит на 2–3-е место после рака легких и желудка, а в США и Швеции – на 1-е место. В США и Европе суммарно регистрируется около 450 тыс. новых случаев РПЖ в год. При подробном анализе распространенности РПЖ в России выясняется, что почти у 50 % больных заболевание впервые выявляется на III–IV стадии, что значительно затрудняет лечение и снижает его эффективность. Столь широкое распространение РПЖ ставит его в ряд наиболее важных социальных проблем современности.

Болезнь исключительно редко развивается раньше 40 лет и становится все более частым явлением с каждым последующим десятилетием жизни. По данным США, никак себя не проявляющие очаги злокачественного перерождения предстательной железы выявляются у 15–30 % мужчин старше 50 лет и у 80 % мужчин старше 80 лет. С учетом столь широкого распространения РПЖ в преклонном возрасте даже было введено понятие «клинически незначимый рак». Такое определение правомочно в том случае, когда характеристики опухоли (распространенность, степень злокачественности и т. д.) позволяют с высокой вероятностью предположить, что она не будет представлять угрозу для жизни. РПЖ минимальной степени злокачественности характеризуется очень медленным ростом, и существующие прогностические калькуляторы (учитывающие возраст пациента, объем поражения, степень злокачественности и многие другие параметры) позволяют рассчитать вероятность 5- и 10-летней раково-специфической выживаемости. Следует понимать, что заключение о клинической значимости может высказать только квалифицированный врач.

Известно, что при наличии РПЖ у кровного родственника риск заболеть повышается в 2–3 раза. В таких случаях профилактические ежегодные осмотры, которые в стандартной ситуации рекомендуется проводить мужчинам начиная с 50 лет, следует начать с 45 лет.

Как и рак молочной железы у женщин, это заболевание на ранних стадиях практически всегда является случайной находкой или результатом специализированного скринингового обследования, поскольку длительное время не имеет никаких специфических клинических проявлений, маскируясь за симптомами расстройства мочеиспускания, характерными для ДГПЖ, а иногда и вовсе не причиняя пациенту никакого беспокойства. Подчеркнем еще раз: на начальных стадиях РПЖ, когда возможность эффективного лечения максимальна, большинство пациентов не испытывают никаких проблем, не предъявляют никаких жалоб. Не пропустить начало

заболевания помогают только ежегодные профилактические осмотры, о которых пойдет речь далее. Обязательные элементы этого осмотра приведены ниже в разделе «Диагностика».

Причины развития РПЖ, как и большинства других видов рака, точно не установлены. Тем не менее для злокачественного поражения предстательной железы доказаны некоторые факторы риска, такие как возраст, расовая принадлежность, наследственность. Наследственно обусловленный РПЖ нередко манифестирует у мужчин моложе 55 лет и имеет более агрессивное течение. Поскольку клинически значимый РПЖ чаще поражает молодых мужчин в возрасте от 50 до 65 лет и именно у них протекает более злокачественно, эти пациенты являются кандидатами для обязательного ежегодного скринингового осмотра (профилактического обследования).

Факторы окружающей среды, особенно различия в диете, также играют определенную роль в риске развития РПЖ. Высокое содержание в пище жиров животного происхождения является доказанным отрицательным фактором прогноза. В то же время было доказано, что азиатская диета, богатая соей, морепродуктами, рисом, грибами шиитаке, рыбой и зеленым чаем, оказывает некоторый защитный эффект и предотвращает развитие РПЖ. Показатели заболеваемости РПЖ в странах Юго-Восточной Азии существенно ниже, чем американские и европейские.

ПРОФИЛАКТИКА

Как было сказано выше, на начальной стадии РПЖ не имеет выраженной клинической симптоматики, что существенно затрудняет его диагностику. Признаки нарушения оттока мочи одновременно из обеих почек с развитием почечной недостаточности или появление болей в костях могут свидетельствовать о распространенности опухолевого процесса и заставляют предположить запущенный РПЖ.

Появление анализа уровня ПСА в 1980-х годах привело к революции в ранней диагностике РПЖ. ПСА – белок, который выделяется предста-

тельной железой и может определяться в крови в различных концентрациях. Условной границей нормы считается значение 4 нг/мл, но многие ведущие урологические клиники мира в последние годы склонны уменьшать ее до 2,5 нг/мл, вводя дополнительные понижающие коэффициенты для более молодых мужчин.

Уровень общего ПСА необходимо определять у всех мужчин ежегодно начиная с 50 лет (при наличии в семейной истории РПЖ у близких родственников по отцовской линии – с 45 лет).

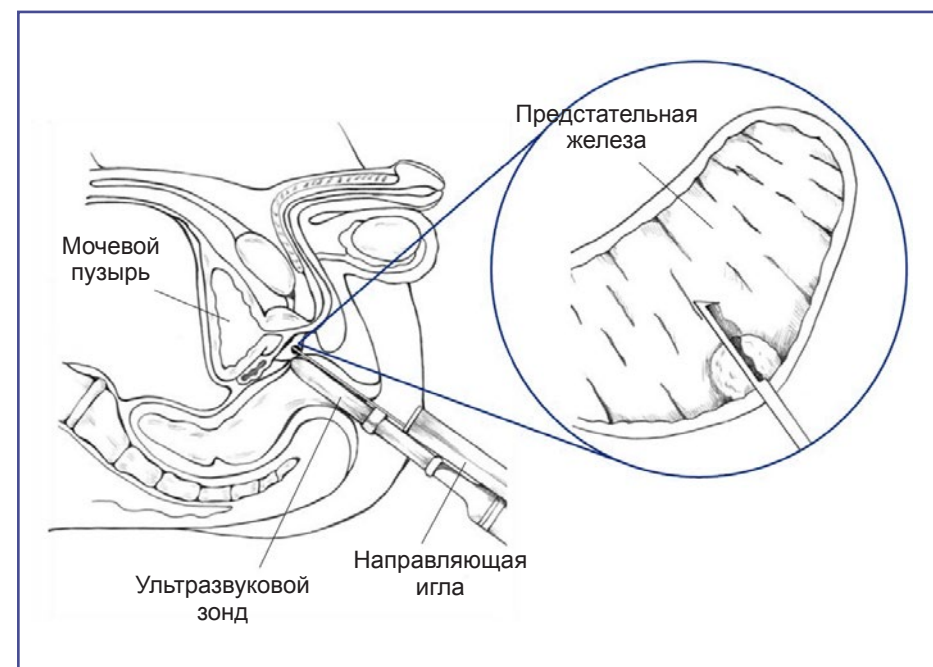
Настораживать может не только абсолютное значение ПСА, но и высокие темпы его прироста (более 0,75 нг/мл в год). Повышение уровня ПСА не всегда доказательство наличия РПЖ: чувствительность этого онкомаркера составляет более 95 %, а специфичность – около 75 %, т. е. зачастую повышение уровня ПСА связано с другими причинами: наличием ДГПЖ, хроническим воспалением в этой железе и т. д. Так, уровень сывороточного ПСА может увеличиваться при различных манипуляциях с предстательной железой, таких как массаж, биопсия, а также в случае инфекции и даже после эякуляции накануне исследования. Повышение уровня ПСА в любом случае является основанием для повторения этого анализа через 2–3 нед. после тщательной подготовки и исключения описанных выше факторов, влияющих на достоверность анализа. Если повторное определение уровня ПСА вновь фиксирует повышение этого показателя, следует прибегнуть к более тщательному обследованию.

Если уровень общего ПСА находится в пределах так называемой серой шкалы, т. е. превышает возрастную норму более чем на 10 нг/мл, могут быть использованы дополнительные уточняющие тесты. Лабораторная диагностика РПЖ включает множество анализов, число которых с каждым годом увеличивается. К наиболее популярным, доказавшим свою прогностическую значимость, относятся определение свободного ПСА, ПСА-3, [-2]proПСА, вычисление плотности ПСА. Имеются и кумулятивные инструменты, подразумевающие определение нескольких показателей с последующей математической обработкой результатов, например определение индекса здоровья предстательной железы – PHI (Prostate Health Index). В отдельных случаях помочь разобраться в ситуации может магнитно-резонансная томография с контрастным усилением. Специальная система PiRADS 2.0, применяемая для интерпретации данных магнитно-резонансной томографии, позволяет в баллах от 1 до 5 оценить вероятность наличия РПЖ.

Несмотря на то, что мы указываем многие методы дополнительного обследования, следует помнить, что выбор необходимых диагностических тестов – задача врача.

«Золотой стандарт» диагностики РПЖ – комбинация ПРИ (см. рис. 6) и анализа крови на содержание ПСА. При выявлении изменений того или иного показателя (либо обоих одновременно) проводят мультифокальную биопсию под контролем УЗИ (рис. 9). Это непродолжительная безболезненная манипуляция, в ходе которой специальным автоматическим устройством, введенным с ультразвуковым датчиком в прямую кишку, выполняется забор нескольких фрагментов ткани предстательной железы для гистологического исследования. Обычно она проводится амбулаторно (не требует госпитализации) и подразумевает 12 биопсийных вколов. В отдельных случаях (большой объем предстательной железы, повторная биопсия и т. д.) может выполняться забор из большего количества точек.

Рисунок 9. Мультифокальная биопсия под контролем УЗИ



После получения данных гистологического исследования определяют степень злокачественности опухоли – от нее зависит прогноз течения заболевания и выбор тактики лечения. Значение имеют и локализация опухоли в предстательной железе, доля опухолевой ткани в биоптате, поражение семенных пузырьков, прорастание опухоли за границу предстательной железы. Гистологическую градацию осуществляют по шкале Глисона. Чем выше сумма баллов Глисона, тем хуже прогноз. Также в диагностике РПЖ применяют сканирование костей скелета (позволяет исключить наличие костных метастазов, поскольку кости – излюбленное место метастазирования РПЖ), магнитно-резонансную томографию с контрастированием (дает дополнительную информацию о локализации опухоли в органе и возможном ее распространении за капсулу предстательной железы, а также о состоянии регионарных лимфатических узлов). Компьютерная томография и УЗИ имеют ограниченную ценность в диагностике РПЖ и обычно не используются. Большой интерес представляет гистосканирование. Это высокоточная компьютерная обработка данных, полученных в ходе УЗИ. С помощью данного метода можно получить представление о расположении в предстательной железе зон возможного злокачественного поражения. Такое знание оказывается очень ценным для последующего формирования плана биопсии. Еще более точную информацию для выполнения «прицельной» биопсии предоставляет МРТ с использованием контрастного усиления. Оба эти метода – и гистосканирование, и МРТ – увеличивают информативность и точность биопсии предстательной железы, а в некоторых случаях могут служить дополнительным фактором определения необходимости ее выполнения. Конечной задачей обследования является установка стадии заболевания. Ни один из методов диагностики, существующих в настоящее время, не способен сам по себе точно определить стадию РПЖ. Лишь совокупность всех данных позволяет с высокой вероятностью предположить прогноз и стадировать опухоль.

ЛЕЧЕНИЕ

Широкое внедрение программ скрининга РПЖ, основанных на ПРИ и определении уровня ПСА, привело к увеличению частоты выявления локализованного РПЖ (опухоль, ограниченная капсулой предстательной железы и не распространяющаяся за ее пределы), причем задолго до его клиниче-

ских проявлений. Именно на этой «начальной» стадии заболевания удается добиться наилучших результатов лечения. Если опухоль вышла за пределы предстательной железы (местно-распространенный РПЖ) или имеет отдаленные метастазы (распространенный, или метастатический, РПЖ), эффективность лечения существенно ниже. Это не значит, что с РПЖ невозможно бороться на более «продвинутых» стадиях заболевания. Современные успехи в гормоно- и химиотерапии РПЖ позволяют надеяться на успех лечения практически на любой стадии заболевания, но радикальное избавление от рака более вероятно именно на начальной стадии его развития.

На сегодняшний день существуют различные варианты лечения локализованного РПЖ. В отдельных случаях (о них мы писали выше) используется динамическое наблюдение. Основными методами лечения остаются радикальная простатэктомия, дистанционная лучевая терапия и брахитерапия (внедрение в ткань железы радиоактивных зерен). В современных руководствах описываются и альтернативные методики, такие как криохирургия (замораживание ткани пораженного органа при помощи специальных методик), высокоинтенсивный фокусированный ультразвук (нагревание ткани предстательной железы с помощью сфокусированной энергии звуковых колебаний), но по рекомендациям Европейской ассоциации урологов 2018 г. они по-прежнему остаются экспериментальными и могут использоваться в рамках клинических исследований в отдельных референсных центрах.

Выбор тактики зависит от возраста больного, сопутствующих заболеваний, клинической стадии РПЖ, распространения опухоли и ее гистологических характеристик. Очень важно составить прогноз течения заболевания, что возможно на основании накопленного во всем мире многолетнего опыта наблюдения и лечения больных РПЖ. Хотя диагноз РПЖ на сегодняшний день выставляется довольно часто, известно, что только у 25 % больных непосредственной причиной смерти будет являться именно это заболевание.

Степень злокачественности опухоли – одна из самых главных прогностических характеристик. Любая злокачественная опухоль имеет определенные показатели злокачественности. В зависимости от используемых классификаций либо говорят о низко- и высокодифференцированных опухолях, либо используют специальные шкалы. Для РПЖ общепотребительной является шкала Глисона. Уровень злокачественности по этой шкале варьирует от 6 до 10 баллов, где 6 – наименьшая степень злокачественности

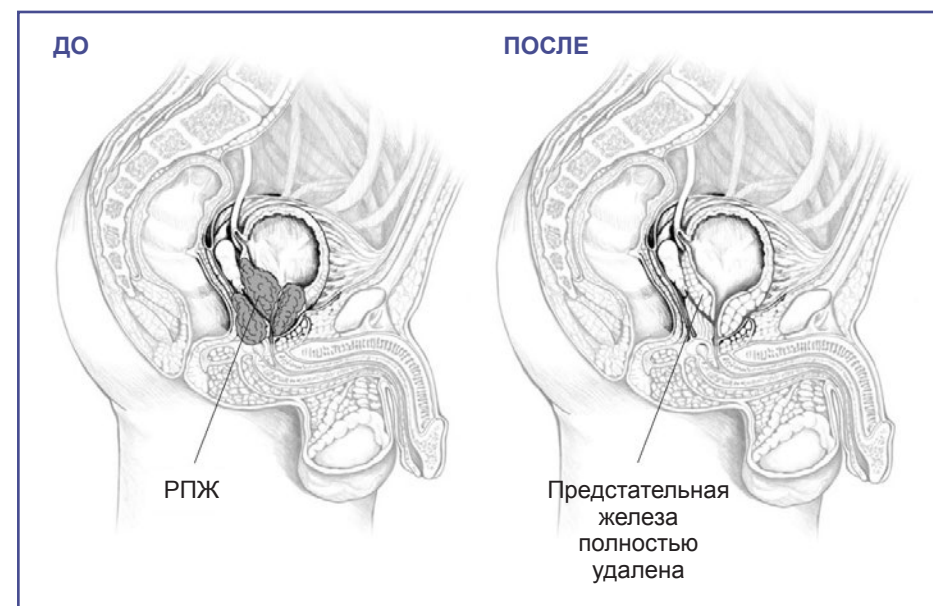
(высокодифференцированный рак), а 10 – наибольшая (низкодифференцированный рак). Прогноз течения заболевания при 6 баллах по шкале Глисона относительно благоприятный: скорее всего, опухоль станет медленно развиваться, с малой вероятностью будет метастазировать и очень скоро выйдет за пределы предстательной железы. Прогноз при 9–10 баллах совершенно противоположный. Следует помнить, что, несмотря на свою высокую прогностическую значимость, оценка по шкале Глисона не единственный критерий определения активности опухолевого процесса, имеют значение и уровень ПСА, возраст пациента и многие другие характеристики.

Возраст больного – один из ключевых показателей при выборе оптимальной тактики лечения. Так, 75 % больных младше 65 лет умирают от РПЖ при отсутствии надлежащей терапии. Также было установлено, что 50 % пациентов с локализованным высокодифференцированным (оценка по шкале Глисона: $3 + 3 = 6$ баллов) РПЖ живут более 15 лет от момента установления диагноза, даже если активного лечения им не проводится.

Подход к лечению больных РПЖ должен быть сугубо индивидуальным. Максимально радикальное лечение – хирургическое (радикальная простатэктомия) – подразумевает полное удаление предстательной железы без вскрытия ее фасции единым блоком с семенными пузырьками (рис. 10). Если эта операция выполнена вовремя, с соблюдением всех онкологических принципов и по показаниям, она позволяет полностью избавить больного от злокачественной опухоли и обеспечивает ему хороший прогноз. После успешно выполненной операции никакого дополнительного противоопухолевого лечения не требуется. Существует несколько методик выполнения этой операции: открытое вмешательство, в ходе которого радикальная простатэктомия осуществляется из разреза в надлонной области, и роботическая простатэктомия, при которой используется высокотехнологичный роботический комплекс «Да Винчи». Использование хирургического роботического комплекса позволяет добиться беспрецедентной точности выполнения каждого движения при идеальной визуализации операционного поля, что обеспечивает более раннюю медицинскую и социальную реабилитацию пациентов. Они быстрее выписываются из стационара и раньше возвращаются к активной жизнедеятельности. Независимо от выбранной методики идея операции остается неизменной и заключается в выделении предстательной железы без повреждения капсулы, отсечении ее от мочевого пузыря и мочеиспускательного канала и наложении соустья между пузырем и мочеиспускательным каналом. При необходимости выполняется удаление регионарных лимфатических уз-

лов – зоны потенциального регионарного метастазирования РПЖ. Такая операция может быть рекомендована относительно молодым больным с ожидаемой продолжительностью жизни не менее 10–15 лет, без тяжелых сопутствующих заболеваний. Несмотря на сопоставимые онкологические результаты, темпы восстановления после операции, сроки медицинской и социальной реабилитации больных во многом зависят именно от выбранной хирургической методики. Наилучший функциональный результат и быстрая реабилитация ассоциированы с роботическими операциями.

Рисунок 10. Радикальная простатэктомия при РПЖ



Несмотря на хорошие результаты радикальной операции, как и любое другое хирургическое вмешательство, она имеет ряд нежелательных последствий, наиболее часто обсуждаемыми из которых являются недержание мочи и ЭД. Частота негативных последствий меньше ассоциирована с методикой выполнения операции, но определенно зависит от опыта хирурга и индивидуальных особенностей пациента. Несомненно, даже при развитии постоперационных проблем существуют способы борьбы с ними, но оптимальной все же является профилактика их возникновения. Основопологающим элементом выступает определение показаний к операции,

принципы которого описаны выше. Вторым по значимости фактором является соблюдение техники операции, имеющей много тонкостей и особенностей. Так, в зависимости от стадии опухолевого процесса, локализации опухоли в предстательной железе и исходного уровня сексуальной активности у части больных операция может быть выполнена с сохранением нервов, ответственных за эректильную функцию. Некоторым пациентам нервосохраняющая операция не показана – это продиктовано характеристиками опухоли и необходимостью соблюдения определенных онкологических принципов.

Гормоно- и химиотерапия в настоящее время для лечения локализованного РПЖ запрещены к применению и должны быть резервированы для пациентов с распространенным онкологическим поражением. В таких случаях хороший результат может дать сочетанное лечение – комбинация медикаментозной терапии и дистанционной лучевой терапии. Лучевая терапия уже многие десятилетия используется для лечения онкологических заболеваний. За счет поражающего радиоактивного излучения опухолевые клетки теряют свою репродуктивную активность. Радиоактивное излучение проникает глубоко в ткани. Обычно подбирается индивидуальная доза облучения в зависимости от клинической стадии болезни.

Гормональная терапия – один из стандартов нехирургического лечения распространенного РПЖ. Зачастую назначается в комбинации с лучевой терапией. Предстательная железа – гормоночувствительный орган, биохимические процессы в котором зависят от уровня тестостерона. Устранение влияния тестостерона на ткань железы позволяет добиться гибели гормоночувствительных клеток, присутствующих в раковой опухоли. Основным органом, продуцирующим тестостерон, – яички. Удаление яичек, или орхэктомия, долгие годы являвшееся самым простым и распространенным способом устранения влияния тестостерона на РПЖ, в настоящее время почти не используется, уступив место медикаментозной кастрации. Химическая, или медикаментозная, кастрация – метод лечения, в ходе которого назначение специфических лекарственных препаратов позволяет снизить уровень тестостерона до кастрационного уровня без удаления яичек.

Наряду с дистанционным лучевым воздействием в лечении локализованного РПЖ используется интерстициальная лучевая терапия, или брахитерапия. Источники радиоактивного излучения, введенные непосредственно в опухоль, обеспечивают более локальное воздействие, в ходе которого окружающие органы и ткани лучевой нагрузки не получают. Опыт подобного лечения в отдельных странах насчитывает более 20 лет. Брахитерапия

применяется у пациентов с предстательной железой относительно небольшого размера, сохраненным качеством мочеиспускания и невысокими значениями ПСА и обеспечивает хорошие результаты лечения.

Криотерапия представляет собой абляцию ткани путем локального воздействия очень низкой температуры и также показана пациентам с локализованным РПЖ. В 1996 г. Американская ассоциация урологов признала криоабляцию предстательной железы методом терапии локализованного РПЖ и перестала считать данную методику экспериментальной. Европейская ассоциация урологов пока к такому заключению не пришла. Техника выполнения криоабляции позволяет посредством введения в предстательную железу 12–20 криоигл добиться локального снижения температуры тканей ниже -40°C . При этой температуре целостность клеток нарушается, и опухоль разрушается. В дальнейшем на этом месте происходит процесс рубцевания. Ограничения при выборе пациентов для криоабляции предстательной железы похожи на таковые при брахитерапии: большой объем органа, выход опухоли за его границы и выраженное нарушение качества мочеиспускания. Неоспоримыми преимуществами криоабляции и брахитерапии являются их малая травматичность, низкая частота осложнений и негативных последствий, а также меньшее количество ограничений по возрасту и общему терапевтическому статусу пациента. Высокоинтенсивный фокусированный ультразвук, также относящийся к малотравматичным методам лечения, пока не одобрен мировой урологической общественностью ввиду малой продолжительности наблюдений и остается экспериментальным методом лечения РПЖ.

Важно помнить, что вопрос принятия решения о тактике лечения во многом зависит от выбора самого пациента и является результатом подробной беседы со специалистом, включающей тщательный анализ преимуществ и рисков того или иного метода лечения. В этой брошюре мы не преследовали цель предложить вам исчерпывающие знания о принципах диагностики и лечения РПЖ – проблемы, которая является сложной и многогранной, мы лишь пытались дать вам представление о современных возможностях и убедить в наличии действенных методов лечения этого грозного заболевания. РПЖ давно перестал быть приговором и является заболеванием, которое можно и должно лечить, добиваясь хороших результатов и продлевая пациентам жизнь зачастую на долгие-долгие годы.

Выбор тактики. Зависит: от возраста больного, сопутствующих заболеваний, клинической стадии РПЖ, распространения опухоли и ее гистологических характеристик.

5 ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Эректильная дисфункция (ЭД) – наиболее точный из употребляемых терминов, пришедший на смену устаревшему понятию «импотенция» и означающий неспособность достижения и поддержания эрекции, необходимой для удовлетворения сексуальных партнеров.

В конце XIX в. психосексуальная теория Зигмунда Фрейда перевернула мир психоанализа и заставила по-новому взглянуть на многие вопросы мотивации человеческого поведения. С того времени прошло более 100 лет, но «основной инстинкт» остается «основным инстинктом». Не секрет, что полноценная половая жизнь – один из важнейших компонентов физического и душевного здоровья каждого человека. Данные последних социологических исследований свидетельствуют о том, что сексуальное здоровье – залог не только хорошего качества, но и большей продолжительности жизни. Нарушения эрекции, о которых пойдет речь далее, портят жизнь не только мужчине, эта проблема сказывается и на отношениях с его женщиной. На протяжении многих лет в культурной традиции разных народов существовали специфические вещества, использовавшиеся для поддержания половой активности на высоком уровне, но лишь в последние годы XX в., когда за дело взялись фармакологические гиганты, проблему удалось поднять до уровня современной доказательной медицины. Возможности медицины на сегодня таковы, что позволяют практически во всех случаях устранить ЭД и восстановить утраченную половую функцию.

Эректильная дисфункция является составной частью проблемы сексуальных дисфункций, включающей также расстройства эякуляции, либидо и оргазма. В структуре сексуальных расстройств ЭД занимает главное место как по частоте возникновения, так и по социальной значимости. ЭД – достаточно частое явление: согласно последним данным в мире от ЭД страдают около 160 млн мужчин, из которых 10 млн проживают в России. По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый 10-й мужчина старше 21 года страдает расстройством эрекции, а каждый 3-й мужчина старше 60 лет вообще не способен выполнить половой акт. Около 52 % мужчин в возрасте свыше 40 лет испытывают те или иные трудности, связанные с нарушением эрекции.

Часто нарушения эрекции связаны с такими факторами, как стресс, переутомление, курение и злоупотребление алкоголем. Если нарушения эрекции носят эпизодический характер, не стоит торопиться ставить диагноз. Не существует ни одного опытного мужчины, у которого хоть раз не было бы неудачи в сексуальной жизни. Одни относятся к этому спокойно, для других каждый подобный случай становится причиной тяжелой и длительной депрессии. Специалисты говорят об ЭД только в том случае, если проблемы с эрекцией существуют на протяжении достаточно продолжительного периода (3–6 мес.).

МЕХАНИЗМ ЭРЕКЦИИ

Вызывают и регулируют эрекцию нервная и гормональная системы, вырабатывая активизирующие или тормозящие биохимические вещества. На фоне сексуального возбуждения мозг мужчины посылает сигналы нервным окончаниям в области малого таза (рис. 11). Это вызывает расширение артерий и сужение вен полового члена (рис. 12). Два эти процесса, протекая одновременно, обеспечивают повышенное кровенаполнение тканей полового члена, которые по своему строению напоминают губку. Наполнение мелких ячеек этой «губки» кровью и приводит к возникновению эрекции. Такое состояние сосудов сохраняется на протяжении всей эрекции.

Рисунок 11. Нервная регуляция эрекции

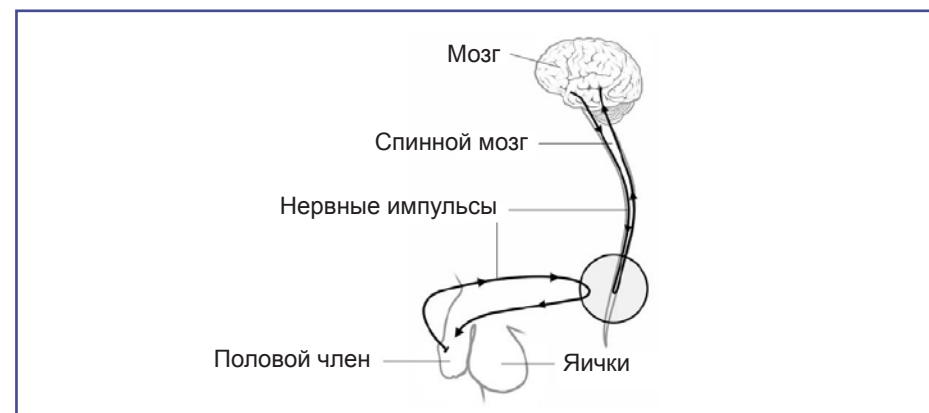
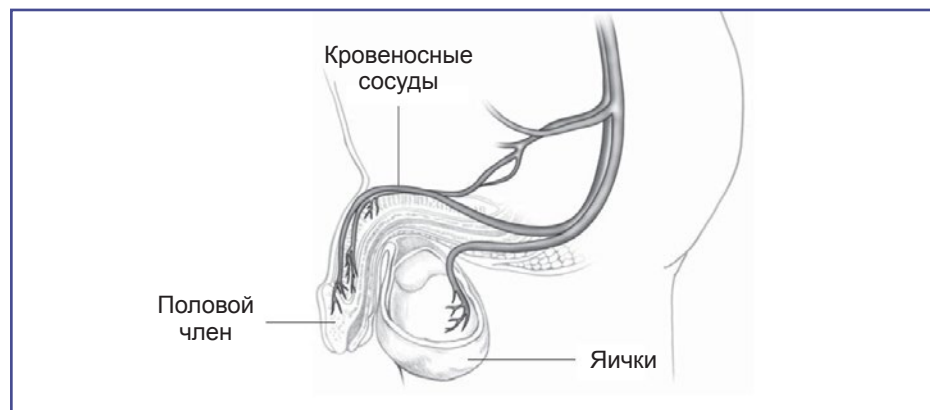


Рисунок 12. Кровоснабжение полового члена



ПРИЧИНЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Причины ЭД подразделяются на органические (сосудистые, неврологические, гормональные и т. д.), психогенные, обусловленные центральным подавлением механизма эрекции без физической травмы, и смешанные, которые вызваны сочетанием органических и психогенных факторов. У большинства пациентов, страдающих ЭД, обнаруживается сочетание органических и психогенных компонентов. Анализ данных за последние 10 лет показал, что органические факторы сами по себе или в сочетании с психогенными наблюдались у 75–80 % мужчин, страдавших ЭД.

Органическая и психогенная ЭД проявляются по-разному (см. таблицу 1).

Следует понимать, что расстройство сексуальной функции – это зачастую не самостоятельное заболевание, а проявление различных нарушений в организме мужчины. Возникновение ЭД наиболее часто связывают с артериальной гипертензией, сахарным диабетом и депрессией. Атеросклеротическое поражение сосудов также может препятствовать притоку крови к половому члену. С этим заболеванием связывают примерно 40 % случаев ЭД у мужчин в возрасте старше 50 лет. ЭД выявляется у 50 % больных сахарным диабетом, т. е. в 3 раза чаще и на 10–15 лет раньше, чем у мужчин, не страдающих диабетом.

Таблица 1. Сравнение органической и психогенной ЭД

Показатель	Психогенная ЭД	Органическая ЭД
Начало	Внезапное	Постепенное
Течение	Периодическая	Прогрессирующая
Частота возникновения	Ситуационная	Постоянная
Этиология	Связана с каким-либо психологическим стрессом	Связана с каким-либо заболеванием или приемом тех или иных лекарств
Ночная/ утренняя эрекция	Сохранена	Отсутствует
Напряжение полового члена в течение полового акта	Сохраняется	Может исчезнуть

К неврологическим причинам нарушений эрекции могут быть отнесены такие заболевания, как эпилепсия, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, а также последствия травм головного и спинного мозга, малого таза и промежности, различные операции на этих областях, приведшие к нарушению иннервации полового члена.

Чем старше мужчина, тем более высока вероятность наличия у него хронических заболеваний, не связанных напрямую с половой сферой, но требующих длительного или постоянного медикаментозного лечения. Считается, что 25 % случаев возникновения ЭД так или иначе связаны с приемом лекарственных средств. Для множества лекарственных средств характерно негативное влияние на потенцию, причем механизмы развития такого побочного эффекта различны. Наиболее часто ЭД вызывается влиянием лекарственных препаратов на центральную нервную систему. Такой механизм характерен для психотропных лекарств (нейролептики, транквилизаторы, некоторые антидепрессанты), многих гипотензивных (бета-адреноблокаторы, центральные адреномиметики), антигистаминных препаратов I поколения и т. д. Негативно на эректильную функцию влияют гормональные препараты, блокирующие действие мужских и женских половых гормонов. К счастью, их назначают лишь при тяжелых заболеваниях

ях, наиболее распространенным из которых является РПЖ. Резко затрудняют возникновение нормальной эрекции и любые вещества, угнетающие работу головного мозга; главным образом это алкоголь и наркотические препараты, которые кроме воздействия на центральную нервную систему вызывают общее истощение организма, что никак не способствует ни эректильной функции в частности, ни репродуктивной в целом.

Очень серьезной причиной развития ЭД является склерозирование кавернозных тел полового члена, или кавернозный фиброз. При этом заболевании эластичная губчатая ткань полового члена частично или полностью замещается грубой соединительной, неспособной обеспечить эрекцию. К этому могут приводить травмы полового члена, многократные инъекции в половой член, перенесенный приапизм (болезненная, длительно не проходящая и не связанная с сексуальным возбуждением эрекция), а также частое практикование затянутых половых актов (более 4 ч).

Психологические причины ЭД – тема для отдельного и долгого разговора, а если еще учесть тот факт, что к любому органическому нарушению эректильной функции обязательно присоединяется психологический компонент, становится понятно, какое важное место занимают психологические нарушения в развитии ЭД.

Многие мужчины стесняются говорить о своих сексуальных проблемах не только с врачом, но и со своей сексуальной партнершей, но проблема ЭД касается и ее. Важно, чтобы мужчина обсудил свои ощущения с женщиной и заручился ее поддержкой. В большинстве случаев для нее это также будет облегчением, она захочет обсудить эту проблему и сделать первые шаги к ее решению.

ДИАГНОСТИКА

Основной задачей диагностики ЭД является выявление ее причины, поскольку именно это позволяет выбрать способ лечения. Для оценки выраженности эректильной функции разработан ряд опросников. Наиболее общеупотребительным является опросник «Международный индекс эректильной функции» (International Index of Erectile Function, IIEF) (приложе-

ние 3). Вы можете самостоятельно заполнить его и выяснить, насколько проблема ЭД касается именно вас.

Большое значение имеет коррекция медикаментозной терапии сопутствующих заболеваний, поскольку принимаемые пациентом препараты часто (примерно в 25 % случаев) влияют на сексуальное здоровье. Сопутствующие терапевтические заболевания (например, ишемическая болезнь) могут сами по себе быть причиной развития ЭД, и нарушение сексуальной функции становится в таком случае одним из первых симптомов. В этом разберется компетентный специалист-терапевт.

Если ЭД развилась после перенесенного оперативного вмешательства на органах малого таза и половых органах, лучевой или любой другой терапии РПЖ, такое состояние следует рассматривать как осложнение или негативное последствие лечения, о котором, скорее всего, вас заранее предупреждали лечащие врачи. Но не отчаивайтесь: и в этом случае оптимальный способ восстановления эректильной функции может быть найден.

Большинству пациентов с ЭД показано проведение некоторых лабораторных анализов, например определение уровня общего тестостерона (выполняется в утренние часы, с 8:00 до 11:00). Можно проконтролировать уровень глобулина, связывающего половой гормон. При низких значениях тестостерона необходимо повторное исследование крови с определением уровней пролактина, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов. Пациентам старше 50 лет показано определение уровня ПСА. Определение уровней глюкозы и липидов необходимо для выявления сахарного диабета и гиперлипидемии.

Более детальное обследование может включать некоторые инструментальные методы: интракавернозный тест (введение препаратов в половой член с целью индуцирования эрекции) и эходоплерографию сосудов полового члена (специфическое УЗИ интенсивности кровотока в половом члене). Селективная пенильная ангиография и кавернозография – рентгенологические методы обследования, использующиеся для исключения сосудистой природы ЭД.

Гораздо реже применяются УЗИ щитовидной железы, компьютерная и магнитно-резонансная томография гипофиза, нейрофизиологические тесты.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ЭД начинается с попытки устранения факторов, явившихся возможной причиной ее развития. К таковым относятся малоподвижный образ жизни, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и, конечно, прием лекарственных препаратов, оказывающих негативное влияние на эректильную функцию.

Ниже приведены наиболее популярные ответы на вопросы «что делать со слабой эрекцией?» и «что делать, если эрекция пропадает во время полового акта или до его начала?».

Начнем с правильного питания. Основное требование к пищевому рациону – сбалансированность по основным компонентам. Для улучшения потенции меню на каждый день должно быть разнообразным, включать витамины и минералы. С целью избавления от проблем ЭД (слабой эрекции) можно обратиться к специалисту для разработки специальной диеты. Как правило, такие диеты подразумевают отдельное требование к содержанию жиров: оно должно быть на уровне 30 %, не больше и не меньше. Это имеет большое значение в связи с тем, что липиды играют важную роль в синтезе мужских половых гормонов. В оптимальных количествах полезны чай и кофе. Для профилактики проблем с эрекцией необходимо употреблять продукты питания и препараты, содержащие витамин Е: он способствует стимуляции функционирования эндокринной, мышечной и половой систем.

Для большинства представителей сильного пола одним из самых простых и одновременно сложных способов борьбы со слабой эрекцией является изменение образа жизни и привычек. Этот путь предполагает соблюдение 3 основных требований:

- отказ от вредных привычек (при приеме алкоголя эрекция пропадает или затормаживается, у курящих наблюдается повышенное артериальное давление и начинают развиваться сердечно-сосудистые заболевания);
- поддержание нормальной массы тела (избыточная масса тела приводит человека в группу риска по сахарному диабету и к одному из его результатов – плохой эрекции);
- соблюдение режима дня (для здорового сна и отдыха человеку требуется довольно много времени – не менее 8 ч в сутки).

Регулярное выполнение физических упражнений помогает не только в целом укрепить здоровье, но и избежать проблем с эрекцией. Самым эффективным упражнением для эрекции признаны приседания, делать которые нужно по 50–100 раз в день; это помогает нормализовать циркуляцию крови в области малого таза. Также не менее эффективный метод – напряжение и расслабление мышц промежности. Такое упражнение удобно тем, что его можно выполнять в любом положении произвольное количество раз в день. Положительные результаты в борьбе с плохой эрекцией дает и ходьба.

Не стоит забывать, что чрезмерная физическая нагрузка может негативно сказаться на эректильной функции. Это особенно выражено у спортсменов в фазу соревнований и активных тренировок. К резко отрицательным факторам относятся переутомление и перенапряжение – так называемая спортивная болезнь.

Многие специалисты считают, что регулярная половая жизнь без длительных перерывов и эксцессов является фактором профилактики ЭД, но это мнение пока не нашло подтверждения в серьезных исследованиях.

Долгие годы единственной возможностью **медикаментозного лечения** ЭД являлись так называемые народные методы, подразумевавшие применение различных препаратов растительного и животного происхождения, способствующих повышению общего тонуса организма, нормализации артериального давления и сосудистого тонуса, обладающих общеукрепляющим действием. К таким препаратам традиционно относятся экстракты и настойки женьшеня, элеутерококка, левзеи, золотого корня, пантокрина и т. д. Следует отметить, что эффективность всех этих средств в лечении ЭД сильно преувеличена и в большинстве случаев вовсе не доказана.

С появлением ингибиторов ФДЭ-5 стандарты лечения ЭД претерпели значительные изменения. Независимо от причин ЭД препараты этой фармгруппы позволяют добиться значимого улучшения эректильной функции у 95 % пациентов.

ФДЭ-5 – фермент, содержащийся в кавернозной ткани. Ингибирование (блокирование работы) данного фермента приводит к расслаблению гладкой мускулатуры кавернозных тел и возникновению эрекции в ответ на сексуальную стимуляцию. Необходимо помнить, что эти средства не инициируют эрекцию сами по себе и требуют наличия сексуальной стимуляции для возникновения эректильного ответа.

До настоящего времени не проводились исследования, касающиеся сравнительной эффективности и предпочтительности того или иного ингиби-

тора ФДЭ-5. Иными словами, «лучшего ингибитора ФДЭ-5» попросту не существует. Выбор лекарства зависит от ритма половой жизни и персонального опыта. Прежде чем будет принято решение о неэффективности того или иного препарата и потребуется его замена другим ингибитором ФДЭ-5, необходим как минимум 4-кратный прием лекарства. Все эти препараты имеют индивидуальные особенности, касающиеся скорости начала и продолжительности действия, риска развития побочных эффектов. Тем не менее есть и нечто, их объединяющее, кроме общности механизма действия, – противопоказания к назначению. Все ингибиторы ФДЭ-5 абсолютно противопоказаны больным, принимающим органические нитраты (нитроглицерин, изосорбида моно- и динитрат), а также другие нитросодержащие препараты, используемые в лечении стенокардии. Одновременный прием этих препаратов и ингибиторов ФДЭ-5 приводит к неконтролируемому снижению артериального давления. Если после приема ингибитора ФДЭ-5 больной отметил боль за грудиной, необходимо воздержаться от применения нитроглицерина в течение 24 ч в случае силденафила (и, возможно, вardenafil) и в течение 48 ч, если был принят тадалафил. Купирование приступа стенокардии до истечения установленного срока необходимо осуществлять другими средствами, не содержащими органические нитраты. Одновременное систематическое назначение ингибиторов ФДЭ-5 с другими лекарственными препаратами должно обсуждаться с урологом и терапевтом заранее.

Если ЭД имеет эндокринологические причины (в частности, недостаток тестостерона в организме), проведение гормонозаместительной терапии может дать хороший стойкий эффект. Такое лечение уролог проводит совместно с эндокринологом.

Применение **вакуумно-констрикторных устройств** основано на создании с помощью вакуумного цилиндра и насоса локального отрицательного давления в кавернозных телах, что вызывает приток к ним крови и эрекцию (рис. 13). Применение таких устройств возможно при всех видах ЭД, однако эффективность зависит от правильного использования и может быть довольно высокой у правильно мотивированных пациентов. Частота осложнений (подкожные кровоизлияния, боль, онемение) достигает 30 %. Однако неудобство и сложность применения вакуумной терапии приводят к тому, что через 2 года число пациентов, применяющих данный метод лечения, снижается как минимум в 2 раза.

Внедрение ингибиторов ФДЭ-5 уменьшило частоту использования данного вида лечения, сместив его, наряду с интракавернозными инъекциями, в группу методов терапии 2-й линии.

Рисунок 13. Применение вакуумно-констрикторного устройства для лечения ЭД

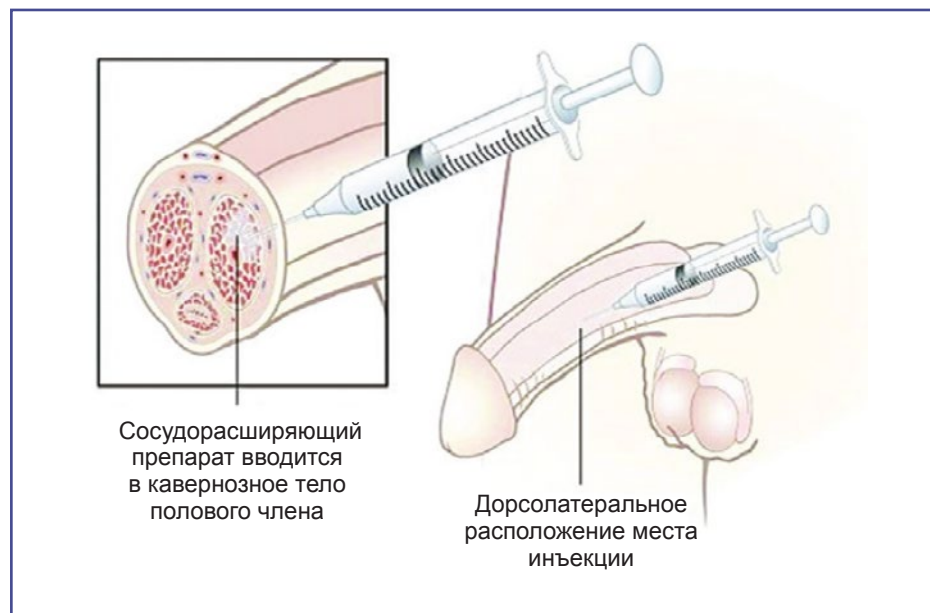


В настоящее время вакуумно-констрикторные устройства применяются в основном у пожилых больных, у которых сексуальная активность носит спорадический характер, а также присутствуют противопоказания к применению ингибиторов ФДЭ-5.

При неэффективности таблетированных препаратов или невозможности их использования в связи с постоянным приемом органических нитратов пациентам может быть предложена интракавернозная терапия. Пик ее популярности пришелся на 1980–90-е годы. Суть метода заключается в том, что перед половой близостью мужчина делает инъекцию сосудорасширяющего препарата в кавернозное тело полового члена, в результате чего достигается качественная и продолжительная эрекция (рис. 14).

Первые инъекции выполняются под руководством врача, а далее осуществляются пациентом самостоятельно. Подбор препарата, доза должны быть строго индивидуальными, а применяться он должен не чаще 1–2 раз в неделю. Эффективность интракавернозных аутоинъекций достигает 85 %. Отрицательными факторами применения интракавернозной терапии являются боль в половом члене после инъекции (50 % случаев), возможность развития гематомы (33–47 %), излишняя продолжительность эрекции (5 %),

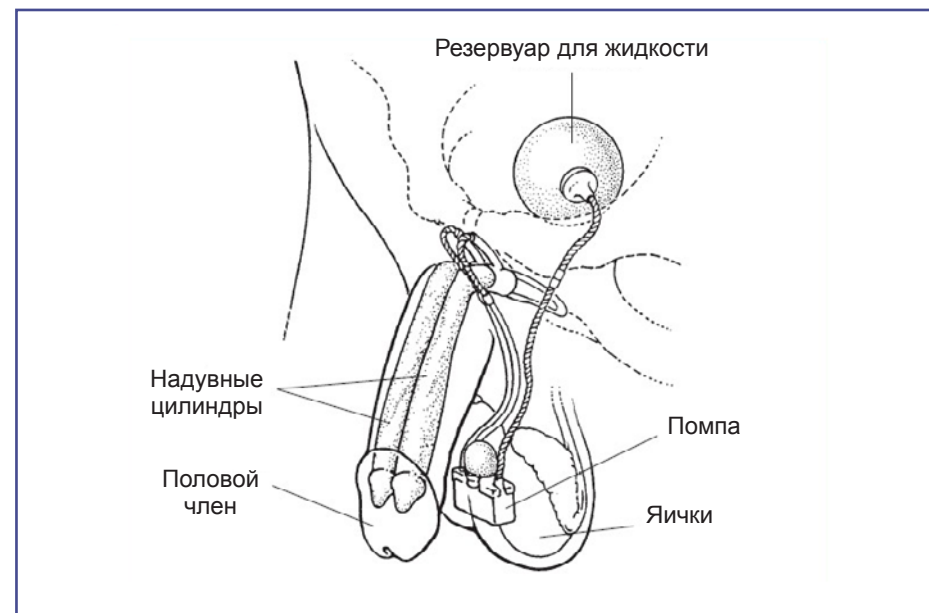
Рисунок 14. Интракавернозная терапия ЭД



развитие кавернозного фиброза (2 %) и самого грозного, но редкого осложнения – кавернозного тромбоза.

Бывают ситуации, когда медикаментозная терапия и даже интракавернозные инъекции не дают желаемого результата. В таких случаях необходимо **оперативное вмешательство**. Операции были крайне популярны в конце 1980-х и начале 1990-х годов. Самым радикальным оперативным вмешательством стала установка протезов в кавернозные тела полового члена, или эндофаллопротезирование (рис. 15). Постоянно улучшающиеся качество и физические свойства протезов позволили вернуть эректильную функцию абсолютному большинству оперированных пациентов. К недостаткам эндофаллопротезирования полового члена можно отнести крайне высокую стоимость операции, возможность развития осложнений (воспалительного процесса вокруг протеза, перфорации кавернозного тела, поломки механизма протеза), а также необратимость операции, в ходе которой полностью разрушается собственная кавернозная ткань. Следует отметить, что доля пациентов, нуждающихся в операции, не очень велика и популярность хирургического лечения ЭД с появлением ингибиторов ФДЭ-5

Рисунок 15. Эндофаллопротезирование



значительно сократилась (примерно до 5 % пациентов). В настоящее время имплантация протезов полового члена показана пациентам, у которых фармакотерапия оказалась неэффективной, или тем, кто предпочитает постоянное решение проблемы ЭД. Другим показанием для операции являются сосудистые формы ЭД, которые могут развиваться сами по себе или в результате различных травм промежности и органов таза. После соответствующего дообследования в этом случае возможно выполнение реваскуляризирующих операций.

В заключение хотелось бы еще раз остановиться на некоторых основных принципах, являющихся залогом сексуального здоровья и долголетия:

- от сексуальной неудачи не застрахован никто, поэтому не стоит принимать ее близко к сердцу, а лучше отдохнуть, успокоиться, сменить обстановку и через некоторое время попробовать еще раз;
- если вас беспокоят проблемы с эрекцией, если вы страдаете сахарным диабетом, гипертонической болезнью или каким-либо неврологическим

заболеванием, необходимо проконсультироваться со специалистом – урологом или андрологом о возможности профилактики и лечения ЭД;

- профилактикой ЭД является здоровый образ жизни:
 - скажите «нет» курению, алкоголю, наркотикам;
 - ведите регулярную половую жизнь без продолжительных периодов воздержания и сексуальных эксцессов;
 - занимайтесь спортом;
 - правильно питайтесь.

Если вы будете соблюдать эти несложные рекомендации, то почти наверняка вас ожидает долгая и полная радости сексуальная жизнь.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

МЕЖДУНАРОДНАЯ СИСТЕМА СУММАРНОЙ ОЦЕНКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В БАЛЛАХ (International Prostate Symptom Score, IPSS)

Шкала IPSS	Никогда 0 баллов	Реже чем 1 раз из 5 1 балл	Реже чем в половине случаев 2 балла	Примерно в половине случаев 3 балла	Чаше чем в половине случаев 4 балла	Почти всегда 5 баллов
1. Как часто в течение последнего месяца у вас было ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?						
2. Как часто в течение последнего месяца у вас была потребность помочиться чаще, чем через 2 ч после последнего мочеиспускания?						
3. Как часто в течение последнего месяца у вас имелось прерывистое мочеиспускание?						
4. Как часто в течение последнего месяца вам было трудно временно воздержаться от мочеиспускания?						
5. Как часто в течение последнего месяца у вас была слабая струя мочи?						
6. Как часто в течение последнего месяца вам приходилось натуживаться, чтобы начать мочеиспускание?						
	Нет	1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	5 и более раз
7. Как часто в течение последнего месяца вам приходилось вставать ночью с постели, чтобы помочиться?						
Суммарный балл по шкале IPSS =						

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВСЛЕДСТВИЕ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ						
Как бы вы относились к тому, если бы вам пришлось жить с имеющимися у вас проблемами с мочеиспусканием до конца жизни?	Прекрасно 0 баллов	Хорошо 1 балл	Удовлетворительно 2 балла	Смешанное чувство 3 балла	Неудовлетворительно 4 балла	Плохо 5 баллов
Индекс качества жизни (QOL) =						

Интерпретация результатов. Если полученная в результате ответа на все вопросы сумма баллов по шкале IPSS не превышает 8, у вас незначительная симптоматика и экстренная консультация уролога вам не нужна. Если сумма находится в пределах 8–19 баллов, у вас умеренная симптоматика и нужно обратиться за консультацией специалиста. Если набранная вами сумма превышает 20 баллов, у вас выраженная симптоматика и необходима экстренная консультация уролога.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ИНДЕКС ШКАЛЫ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА И СИНДРОМА ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ У МУЖЧИН ПО ВЕРСИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ИНСТИТУТА ЗДОРОВЬЯ США (National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI)

ДОМЕН I . БОЛЬ ИЛИ ДИСКОМФОРТ															
1. За последнюю неделю испытывали ли вы боль или дискомфорт в следующих местах?				Да		Нет									
1а. Область между прямой кишкой и яичками (промежность)				1		0									
1б. Яички				1		0									
1в. Головка полового члена, вне связи с мочеиспусканием				1		0									
1г. Ниже пояса, в области лобка, мочевого пузыря, в паху				1		0									
2. За последнюю неделю испытывали ли вы:				Да		Нет									
2а. Боль или жжение при мочеиспускании?				1		0									
2б. Боль или дискомфорт во время или после семяизвержения (оргазма)?				1		0									
3 . Как часто вы испытываете дискомфорт в областях, указанных в п. 1 домена I?				Балл											
Никогда				0											
Редко				1											
Иногда				2											
Часто				3											
Обычно				4											
Всегда				5											
4. Какому баллу соответствует интенсивность боли, которую вы испытывали за последнюю неделю?															
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
Нет боли										Тяжелейшая боль					

Сумма баллов по домену I:

ДОМЕН II . МОЧЕИСПУСКАНИЕ	
5. Как часто за последнюю неделю вы испытывали чувство неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?	Балл
Никогда	0
Меньше чем в 1 случае из 5	1
Меньше чем в половине случаев	2
Примерно в половине случаев	3
Более чем в половине случаев	4
Почти всегда	5
6. Как часто в течение последней недели вам приходилось мочиться чаще чем каждые 2 ч?	Балл
Никогда	0
Меньше чем в 1 случае из 5	1
Меньше чем в половине случаев	2
Примерно в половине случаев	3
Более чем в половине случаев	4
Почти всегда	5

Сумма баллов по домену II:

ДОМЕН III . ВЛИЯНИЕ СИМПТОМОВ НА ВАШУ ЖИЗНЬ	
7. Как часто за последнюю неделю имеющиеся у вас симптомы мешали вам делать то, чем вы обычно занимаетесь (работа, досуг и т. д.)?	Балл
Никогда	0
Незначительно	1
Умеренно или в некоторой степени	2
Очень сильно	3
8. Как часто за последнюю неделю вы думали об имеющихся у вас симптомах?	Балл
Никогда	0
Незначительно	1
Умеренно или в некоторой степени	2
Очень сильно	3

Сумма баллов по домену III:

ДОМЕН IV . КАЧЕСТВО ЖИЗНИ	
9. Как бы вы чувствовали себя, если бы вам довелось провести остаток жизни с теми симптомами, которые наблюдались у вас в течение последней недели?	Балл
Замечательно	0
Удовлетворенным	1
В большей степени удовлетворенным	2
Смешанно (наполовину удовлетворенным, наполовину нет)	3
В большей степени неудовлетворенным	4
Несчастливым	5
Ужасно	6

Сумма баллов по домену IV:

СУММЫ БАЛЛОВ – ПО ДОМЕНАМ И ОБЩАЯ	
Боль: сумма баллов, полученных в пп. 1–4	
Симптомы, связанные с мочеиспусканием: сумма баллов, полученных в пп. 5 и 6	
Влияние на качество жизни: сумма баллов, полученных в пп. 7–9	
Боль и мочеиспускание: сумма баллов, полученных в пп. 1–6	
Общая сумма баллов	

Примечание. Таблица модифицирована из: Litwin M. S., McNaughton-Collins M., Fowler F. J. Jr. et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcomes measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. J Urol 1999;162(2):369–75.

1. Подсчитайте отдельно суммы баллов по доменам («Боль или дискомфорт», «Мочеиспускание», «Влияние симптомов на вашу жизнь», «Качество жизни»).

2. Сложите суммы баллов по доменам «Боль или дискомфорт» и «Мочеиспускание» (интервал 0–31), получив при этом оценку выраженности симптомов:

- 0–9 баллов – незначительно выраженные симптомы;
- 10–18 баллов – средневывраженные симптомы;
- 19–31 балл – тяжелые симптомы.

3. Рассчитайте и запишите общую сумму баллов (интервал 0–43), которая определяется как общая оценка.

Оцените пациента по данной шкале при первом визите и затем периодически проводите оценку в ходе лечения или наблюдения, сравнивая полученные данные с изначальным показателем и установленными нормами.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ОПРОСНИК МИЭФ (IIEF)

Международный индекс эректильной функции (МИЭФ, IIEF) признан «золотым стандартом» при оценке эректильной функции в испытаниях лекарств и клинических исследованиях. Это утвержденный ВОЗ документ, подразделяется на 5 основных составляющих:

1. эректильная функция (вопросы 1, 2, 3, 4, 5, 15),
2. функция оргазма (вопросы 9, 10),
3. сексуальное желание (вопросы 11, 12),
4. удовлетворение половым актом (вопросы 6, 7, 8),
5. общая сексуальная удовлетворенность (вопросы 13, 14).

Опросник МИЭФ содержит вопросы о том, как нарушения эрекции сказывались на сексуальной жизни в течение последних четырех недель.

Пожалуйста, ответьте на эти вопросы как можно более откровенно и определенно.

Пожалуйста, на каждый вопрос дайте только один ответ, поставив галочку в клетку напротив Вашего ответа.

Если Вы не уверены в выборе ответа, пожалуйста, дайте тот ответ, который лучше всего отражает Вашу ситуацию.

Отвечая на эти вопросы, придерживайтесь следующих определений:

☐ Половой акт определяется как введение полового члена во влагалище.

☐ Сексуальные действия включают в себя половой акт, ласки, предшествующие половому акту, и мастурбацию.

☐ Эякуляция определяется как выброс спермы из полового члена (или таковое ощущение).

☐ Сексуальная стимуляция включает в себя такие действия, как эротические игры с сексуальной партнершей, просмотр эротических фильмов, фотографий, рисунков и т. п.

Пожалуйста, отметьте только один ответ.

1. За последние 4 недели как часто Вам удавалось достичь эрекции при сексуальных действиях?

- ☐ Сексуальных действий не было
- ☐ Почти всегда или всегда
- ☐ Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)
- ☐ Иногда (примерно в половине случаев)
- ☐ Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)
- ☐ Почти никогда или никогда

2. За последние 4 недели в тех случаях, когда при сексуальной стимуляции у Вас возникала эрекция, как часто она была достаточно сильной для введения полового члена во влагалище?

- ☐ Сексуальной активности не было
- ☐ Почти всегда или всегда
- ☐ Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)
- ☐ Иногда (примерно в половине случаев)
- ☐ Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)
- ☐ Почти никогда или никогда

В следующих трех вопросах спрашивается об эрекциях, которые, возможно, были у Вас при попытках совершения полового акта.

3. За последние 4 недели при попытке совершения полового акта как часто Вам удавалось ввести половой член во влагалище?

- ☐ Не пытался совершить половой акт
- ☐ Почти всегда или всегда
- ☐ Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)
- ☐ Иногда (примерно в половине случаев)
- ☐ Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)
- ☐ Почти никогда или никогда

4. За последние 4 недели при половом акте как часто Вам удавалось сохранять эрекцию после введения полового члена во влагалище?

- ☐ Не пытался совершить половой акт
- ☐ Почти всегда или всегда
- ☐ Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)
- ☐ Иногда (примерно в половине случаев)
- ☐ Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)
- ☐ Почти никогда или никогда

5. За последние 4 недели при половом акте было ли Вам трудно сохранить эрекцию до завершения полового акта?

- ☐ Не пытался совершить половой акт
- ☐ Почти всегда или всегда
- ☐ Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)
- ☐ Иногда (примерно в половине случаев)
- ☐ Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)
- ☐ Почти никогда или никогда

6. За последние 4 недели сколько Вы сделали попыток (успешных и безуспешных) совершить половой акт?

- ☐ Не пытался
- ☐ 1-2 попытки
- ☐ 3-4 попытки
- ☐ 5-6 попыток
- ☐ 7-10 попыток
- ☐ 11 и более попыток

7. За последние 4 недели при попытках совершить половой акт как часто Вы были удовлетворены?

- ☐ Не пытался совершить половой акт
- ☐ Почти всегда или всегда
- ☐ Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)
- ☐ Иногда (примерно в половине случаев)
- ☐ Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)
- ☐ Почти никогда или никогда

8. За последние 4 недели насколько сильное удовольствие Вы получили от полового акта?

- ☐ Не было половых актов
- ☐ Очень большое удовольствие
- ☐ Среднее удовольствие
- ☐ Небольшое удовольствие
- ☐ Не получал удовольствия

9. За последние 4 недели при сексуальной стимуляции или половом акте как часто у Вас была эякуляция?

- ☐ Ни сексуальной стимуляции, ни полового акта не было
- ☐ Почти всегда или всегда
- ☐ Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)

- ☐ Иногда (примерно в половине случаев)
- ☐ Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)
- ☐ Почти никогда или никогда

10. За последние 4 недели при сексуальной стимуляции или половом акте как часто вы испытывали оргазм, сопровождавшийся или не сопровождавшийся эякуляцией?

- ☐ Ни сексуальной стимуляции, ни полового акта не было
- ☐ Почти всегда или всегда
- ☐ Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)
- ☐ Иногда (примерно в половине случаев)
- ☐ Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)
- ☐ Почти никогда или никогда

В следующих двух вопросах спрашивается о сексуальном желании. Давайте определим сексуальное желание как чувство, которое может включать в себя желание заниматься сексом (например, заняться мастурбацией или совершить половой акт), сексуальные мысли или ощущение разочарованности, связанное с отсутствием секса.*

11. За последние 4 недели как часто Вы испытывали сексуальное желание?

- ☐ Почти всегда или всегда
- ☐ Часто
- ☐ Иногда
- ☐ Изредка

12. За последние 4 недели как бы Вы оценили степень Вашего сексуального желания?

- ☐ Очень высокая
- ☐ Высокая

- ☐ Средняя
- ☐ Низкая
- ☐ Очень низкая или влечение отсутствует

13. За последние 4 недели насколько Вы были удовлетворены своей сексуальной жизнью в целом?

- ☐ Очень удовлетворен
- ☐ Относительно удовлетворен
- ☐ Где-то между удовлетворен и не удовлетворен
- ☐ Относительно не удовлетворен
- ☐ Очень не удовлетворен

14. За последние 4 недели насколько Вы были удовлетворены сексуальными отношениями со своей сексуальной партнершей?

- ☐ Очень удовлетворен
- ☐ Относительно удовлетворен
- ☐ Где-то между удовлетворен и не удовлетворен
- ☐ Относительно не удовлетворен
- ☐ Очень не удовлетворен

15. За последние 4 недели как бы Вы оценили степень уверенности в том, что Вы можете достичь и удержать эрекцию?

- ☐ Очень высокая
- ☐ Высокая
- ☐ Средняя
- ☐ Низкая
- ☐ Очень низкая

Справочное издание

Д. Ю. Пушкарь,
А. В. Говоров,
А. О. Васильев

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Практическая урология для пациентов
Выпуск 1

Редактор: А. В. Лукина
Корректор: Е. Н. Малыгина
Дизайн и верстка: Г. А. Пекный



МОСКВА
2020