

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИМПОТЕНЦИЕЙ,
ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

П. С. Серняк, А. М. Богомолов, Р. А. Грачев (Донецк)

Мы обследовали 583 больных с нейрорецепторной формой импотенции.

Причиной полового бессилия у 565 мужчин были хронический простатит и уретропростатит, а у 18 — импотенция явилась следствием других урологических заболеваний — эпидидимита, деферентита, посттравматической стриктуры уретры и др.

Известно, что острое воспаление предстательной железы, как правило, не отражается на половой функции. В то же время хроническое воспаление этой железы, вызывая нарушение ее функции, довольно часто приводит к половой недостаточности. По нашим данным, импотенция наблюдается у 50% больных, страдающих хроническими простатитом и уретропростатитом.

Половые расстройства находились в прямой зависимости от длительности заболевания, распространенности и интенсивности воспалительного процесса в предстательной железе.

Основными симптомами у данной категории больных были: преждевременное семяизвержение (15,2%), недостаточная эрекция (20,1%) и сочетание этих двух проявлений (64,7%). Больные также предъявляли жалобы

на боли и чувство тяжести в области промежности, крестца, паха, заднего прохода, жжение по ходу мочеиспускательного канала, затрудненный и болезненный акт дефекации, выделения из уретры и др. Указанные симптомы были выражены в различной степени — от неприятного ощущения в области промежности до довольно интенсивных постоянных болей в заднем проходе и внизу живота, делающих больных нетрудоспособными.

При тщательном изучении анамнеза заболевания выяснено, что более чем в 60% случаев половая слабость у наших пациентов появилась значительно позже, чем местные симптомы, связанные с поражением предстательной железы. Зачастую такие больные имеют длительный анамнез заболевания мочевыводящего тракта (уретриты, простатиты) и только через определенный срок, исчисляемый иногда 6—8 годами и более, обращаются по поводу импотенции. В таких случаях половую слабость мы рассматривали как осложнение воспалительного процесса в предстательной железе.

При диагностике хронического простатита и уретропростатита большое внимание уделяли микроскопическому исследованию флоры и чувствительности к антибиотикам.

Секрет простаты, полученный путем массажа железы, изучали в нативных и окрашенных препаратах. Если секрет простаты получить не удавалось, то проводили микроскопическое исследование свежевыпущенной мочи до и после массажа железы.

Результаты исследований: лейкоциты покрывали все поле зрения в 23% случаев, содержание лейкоцитов до 60—100 в поле зрения было в 49% и от 10 до 50 в поле зрения — в 28% случаев. В подавляющей части наблюдаемых лецитиновые зерна были в небольшом количестве. Определение бактериальной флоры и чувствительности ее к антибиотикам методом стандартных дисков проведено у 150 больных. Чаще всего мы высевали гемолитический стафилококк, затем грамположительные и грамотрицательные палочки. Микрофлора оказывалась чувствительной к неомицину, эритромицину, в отдельных случаях — к стрептомицину и пенициллину.

При пальцевом исследовании через прямую кишку предстательная железа была тестоватой консистенции, с нечеткими контурами, болезненной при пальпации; в

ряде случаев определялось увеличение или уменьшение всей железы или одной из ее долей, иногда обнаруживались участки западения или уплотнения общей эластичной массы железы.

Особое место в этиологии хронических простатитов и как следствие импотенции, по нашим данным, занимает трихомоноз.

Как свидетельствуют литературные данные, заболевания мочеполовых органов человека, вызванные влагалищной трихомонадой, весьма распространены и довольно часто встречаются в урологической практике. Однако и по сей день не всегда возможно диагностировать трихомоноз у мужчин, что значительно снижает эффективность борьбы с этим заболеванием. Трудности диагностики обусловлены сложностью обнаружения трихомонад в выделениях из уретры и в соке предстательной железы из-за их малого количества. Трихомонадный уретрит и уретропростатит у мужчин часто протекают с самого начала с маловыраженными субъективными и объективными симптомами. Поэтому больные не знают о своем заболевании и не обращаются за медицинской помощью. Если же учесть, что довольно часто трихомонадная инвазия сочетается с другими видами инфекции (гонококки, стрептококки, стафилококки), то становится очевидной степень тяжести данной патологии.

Мы выявили 104 лиц, страдающих простатитом и уретропростатитом трихомонадной этиологии. Все они болели в течение длительного времени и неоднократно проходили обследование в урологических и венерологических лечебных учреждениях. И только после тщательного и неоднократного исследования выделений из уретры и сока предстательной железы были обнаружены трихомонады. Таким образом, основной причиной возникновения простатитов и импотенции у данной группы больных было несвоевременно начатое лечение в связи с поздней диагностикой заболевания.

Лечение хронического простатита и его осложнений— весьма сложная задача. Это заболевание является общим страданием организма с наиболее интенсивным местным проявлением в области предстательной железы, мочеспускательного канала и полового аппарата. Наличие инфекции в организме соответственно спрово-

ждается общими иммунобиологическими изменениями. Мы придерживаемся той точки зрения, что терапия при нейрорецепторных формах импотенции должна быть комплексной и включать рациональное использование этиотропных и патогенетических методов в зависимости от общего состояния организма больного, этиологии заболевания, характера, особенностей и длительности патологического процесса.

Мы назначали больным большие дозы антибиотиков в соответствии с данными посева на бакфлору (антибиотикограммы). Параллельно они принимали сульфаниламиды (сульфодимезин, норсульфазол) в обычных дозировках.

При обнаружении влагалищной трихомонады проводили специфическое лечение по схеме: в течение 10 дней больной получал метронидазол по 0,25 4 раза, затем фурадонин по 0,1 3 раза в день. В последующем курсе лечения метронидазолом повторяли.

Патогенетическая терапия назначалась совместно с противовоспалительной и включала различные методы местного и общего воздействия. Локальная терапия заключалась в применении ромашковых микроклизм, теплых сидячих ванночек, свечей с белладонной. Довольно эффективным методом лечения больных хроническим простатитом был массаж предстательной железы. Эту процедуру хорошо сочетать с ректальной диатермией.

Для повышения интенсивности иммунологических реакций организма мы применяли введение пирогенала, а также аутогемо- и лактотерапию.

В лечении лиц, страдающих импотенцией, наряду с общеукрепляющей и тонизирующей терапией большое значение имеет применение стимулирующих средств, к которым относятся прозерин, дуплекс, стрихнин. Мы широко использовали также биогенные стимуляторы — алоэ или ФиБС. Больным в пожилом возрасте назначали мужские половые гормоны — метилтестостерон, тестобромлецит.

Более чем у половины наших больных наблюдались невротические наслоения, возникшие в результате постоянной фиксации внимания на симптомах заболевания, безуспешном лечении и других факторах. Этой группе больных назначали седативные препараты, а

также транквилизаторы (триоксазин, седуксен, элениум и др.).

Следует отметить, что уже в конце противовоспалительного лечения, наряду с нормализацией функции предстательной железы, отмечалось улучшение эрекции и увеличение длительности полового акта.

Из 565 мужчин, лечившихся по поводу хронического простатита и импотенции, выздоровление и улучшение состояния наступило у 102 (18%). Остальные больные продолжают лечение, причем в 84 случаях без заметного улучшения.

В заключение следует отметить, что импотенция является частым осложнением хронического простатита. При этом заболевании и его осложнениях требуется длительная и настойчивая терапия в специализированных отделениях.