



СЕМЕЙНАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ
ЭНЦИКЛОПЕДИЯ

ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИНЫ

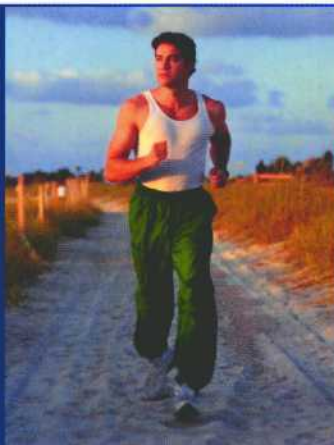
Мужчины
болеют иначе

Урология

Сексуальные
и гормональные
нарушения

Сердечно-
сосудистые
заболевания

Болезни
пищеварения



Использование текста и иллюстраций, в том числе фрагментов, без разрешения правообладателя запрещается и преследуется по закону.

Пугачева Т.Н.

П88 **Здоровье** мужчины. — М.: ООО «ТД «Издательство Мир книги», 2006. — 320 с: ил.

В справочнике, рассчитанном на широкий круг читателей, описано около ста болезней, наиболее часто встречающихся у мужчин. Книга разделена на большие главы по характеру заболеваний: урологические, кардиологические, кожные заболевания, а также гормональные и сексуальные нарушения, болезни, требующие хирургического вмешательства и т.д. Издание приводит рецепты лекарственных средств, которые можно изготовить в домашних условиях, описывает разные виды диет.

ББК 56.9

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настольная книга по домашней медицине порадует как мужчину, которого заботит состояние своего здоровья (а таких мужчин, к счастью, становится все больше), так и его спутницу жизни, поскольку жены для большинства мужчин по-прежнему остаются главными целительницами. Медицинский справочник о мужском здоровье содержит советы по самостоятельной диагностике, профилактике и лечению заболеваний, специфично протекающих у мужчин либо исключительно одним им свойственных.

Естественно, в один небольшой лечебник невозможно вместить все существующие на свете мужские заболевания. Сюда вошли наиболее типичные недуги, от которых чаще всего приходится страдать представителям сильной половины человечества. В книге перечислено около ста болезней, подробно описаны их симптомы и даны рекомендации по использованию современных лекарственных препаратов и домашних средств. Читатель узнает, как соблюдать личную гигиену при определенных заболеваниях, какая показана в это время диета, как соблюдать режим труда и отдыха.

Здесь вы найдете самые разнообразные подсказки: как распознать заболевание по его симптомам, предотвратить развитие болезни и, наконец, как избавиться от недуга. Причем в справочнике предлагаются разные методики. Сведения о новейших аптечных препаратах соседствуют с указаниями по приготовлению травяных отваров, а рядом с описанием приемов массажа приводятся советы по применению пиявок. Акупунктура, лечебные ванны, души, домашние аппараты для воздействия на организм вибрациями или лучами — вот далеко не полный перечень предлагаемых процедур и средств.

Однако все содержащиеся в справочнике советы следует применять в соответствии с врачебными показаниями. Медицинская консультация стоит на первом месте: прежде чем начинать лечиться, следует посетить врача. Исключение составляют те случаи, когда

помощь можно и нужно оказать еще до визита к специалисту (или до прибытия медика к больному).

Помощь больному приходит от врачей разной специализации: хирургов, терапевтов, ларингологов и т. д. Огромное значение в последнее время приобретает медицинская помощь врача-андролога. Андрология в дословном переводе с древнегреческого означает «наука о мужчинах». Еще сравнительно недавно не существовало мужского врача, т. е. специалиста по мужским заболеваниям. Получить консультацию у андролога стало возможно только в последнее время, хотя во многих лечебных центрах функции андролога по-прежнему выполняют урологи.

Нужен ли вообще мужской врач или это нововведение, которому не суждено долго просуществовать? Время показало, что андролог остро необходим. Заменить его уролог не может точно так же, как не заменит он и гинеколога. А все потому, что мужской организм существенно отличается от женского. Следовательно, и охрана здоровья мужчин характеризуется определенной спецификой.

Существуют заболевания, которые характерны только для мужчин. К ним относятся в первую очередь воспаления, опухоли и травмы, поражающие мужские половые органы, а также сексуальные и репродуктивные проблемы мужчин.

Известно немало болезней, которыми страдают как мужчины, так и женщины, однако чаще всего они поражают именно представителей сильной половины человечества. И, наконец, существует внушительное число болезней, которые распределены равномерно среди обоих полов, но у мужчин протекают по-особому, иначе, чем у женщин.

Данная книга охватывает все эти группы недугов. Структура справочника проста и удобна. Материал разбит на блоки по характеру болезней: урологические, хирургические, кардиологические и т. д. Внутри каждого блока, соответствующего определенной главе, выделяются три обозначенные выше группы - исключительно мужские болезни, преимущественно муж-

ские болезни и болезни со специфическим течением у мужчин. В конце книги читатель найдет таблицу, где указано, при каких заболеваниях нужно употреблять те или иные витамины, и в каких продуктах этих витаминов содержится больше всего. Открывает книгу вводная глава, из которой можно узнать много ценного об особенностях мужского организма, о правилах сохранения здоровья и о принципах лечения заболеваний у представителей сильного пола.

О ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН

Здоровье мужчины - это его физическое и психологическое благополучие, позволяющее плодотворно заниматься любимым делом, активно участвовать в жизни общества, быть достойным отцом семейства. Сохранения здоровья возможно достичь разными путями, из которых каждый по-своему важен. Залогом успеха, однако, во всех случаях является определенный психологический настрой, — желание остаться крепким и здоровым.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Здоровье складывается из многих слагаемых. На 20 % оно определяется наследственными факторами. Поэтому каждый мужчина должен знать, чем болели в его роду, чтобы суметь предотвратить появление того или иного недуга у себя. Еще на 20 % здоровье зависит от экологии, но не только внешней, а еще и внутренней - вот почему для мужчины так важны личная гигиена и режим питания. Лишь на 10 % здоровье определяется медицинской помощью (хотя, будучи своевременно оказанной, она исключительно важна). И на целых 50 % здоровье обусловлено образом жизни мужчины. Поэтому полноценная забота о своем здоровье начинается именно с выработки здорового образа жизни.

Мужской организм и его особенности

Виновник различий между мужчиной и женщиной был обнаружен молекулярными биологами в 1953 г. Им оказалась общеизвестная ныне двойная спираль ДНК (дезоксирибонуклеиновой кислоты). Это удивительный жидкий кристалл, стремящийся тиражировать себя до бесконечности. Лучше всего такое тиражирование протекает внутри живой клетки.

Однако это вместилище очень хрупкое и уязвимое, его легко могут атаковать другие, вредоносные, клетки - болезнетворные микробы. Самый эффективный способ защиты для всех живых существ - выработать такой иммунитет, который будет постоянно обновляться, чтобы микробы к нему не привыкли. А для этого необходимо, чтобы и сама двойная спираль менялась при тиражировании. Единственный безопасный способ перерождения для ДНК состоит в том, чтобы слиться с себе подобной. Так природа добавила к женскому началу мужское.

Формирование человеческого эмбриона начинается с возникновения двуполого существа. Если развитие зародыша протекает нормально, то ДНК дает команду клеткам организма вырабатывать определенные вещества из группы гормонов. Мужская ДНК заставляет клетки продуцировать андрогены (мужские гормоны). Тогда зачаточный орган, который у женщин становится клитором, у мужского плода гипертрофируется и превращается в половой член.

Процесс формирования мужского организма начинается задолго до рождения ребенка. Природа изначально закладывает в мужчину качества, которые обеспечивают мужской двойной спирали защиту, условия для тиражирования, а также возможность встречи с женской ДНК. В результате мужской организм обретает свои отличительные черты.

К типичным мужским признакам, имеющим биологическое значение, относятся большая мышечная масса (до 40 % от массы тела), крупных размеров череп, узкий таз, значительное развитие бедренной части ног, оволосение лица и тела. Это анатомические особенности, но кроме них имеется и ряд других.

У мужчин более слабый иммунитет, зато более сложная система расщепления и удаления из организма продуктов обмена, что жизненно необходимо, т. к. массивная мускулатура производит очень много вредных метаболитов. У мужчин более сложно устроена кровеносная система, благодаря чему обеспечивается нормальное кровоснабжение массивного головного мозга, а также семенников и органов малого таза. За счет высокого уровня гормона тестостерона в крови половое влечение (либидо) мужчин резко повышено по сравнению с женским.

Личная гигиена

Личная гигиена включает в себя уход за кожей лица и тела, за волосами, гигиену ротовой полости, а также промежности и гениталий. В настоящее время широкое распространение получила обладающая целебными свойствами мужская косметика, которая может с высокой эффективностью применяться для лечения и профилактики различных болезней кожи и волос (подробнее см. главу 6).

Уход за кожей лица включает в себя *умывание и бритье* (возможны и другие гигиенические процедуры, если мужчина отращивает усы или бороду). Умываться рекомендуется теплой водой всякий раз после возвращения домой с улицы, а также утром и вечером перед сном. Некоторые люди избегают вечернего умывания, потому что боятся «смыть сон». Холодная или горячая вода действительно действует возбуждающе. Но слабая струя теплой воды, напротив, успокаивает и усыпляет. Чистая кожа лучше дышит, благодаря чему сон становится только крепче и здоровее.

Немногие уделяют должное внимание *мытью рук*, а между тем микробы во множестве поселяются на них всякий раз, когда человек выносит мусор, считает деньги, пользуется общественным транспортом, ухаживает за домашним питомцем и даже просто пользуется лифтом (особенно в общественных учреждениях). Большой популярностью в настоящее время пользуется такое средство по уходу за кожей, как антибактери-

альное мыло. Жидкое мыло быстрее дает пену и легче смывается. Во время мытья рук нужно постараться сделать так, чтобы частицы мыла (или капельки, если оно жидкое) попали под ногти, поскольку там скапливается большое количество микроорганизмов.

Ротовая полость содержит в среднем 1 млн микробов, число которых возрастает после приема пищи. При недостаточном *уходе за зубами и деснами* активность этих микроорганизмов повышается, в результате чего развиваются различные заболевания, которые сопровождаются зубной болью, разрушением зубов, кровоточивостью десен, образованием в ротовой полости гнойников, из которых инфекция с кровью или лимфой попадает в другие органы. Чаще всего из-за этого страдают печень, желчевыводящие протоки, кишечник, почки. Немногим реже воспалительный процесс ротовой полости способствует возникновению синуситов, бронхолегочных заболеваний, неврита лицевого нерва.

Полноценный уход за зубами предполагает ежедневное полоскание рта утром и вечером, чистку зубов после еды или по крайней мере два раза в день (обязательно перед сном). Лица с повышенной чувствительностью зубов должны применять специальные пасты, такие как «Денквел», «Промис», «Протект», «Сенсодин», «Термодент», и пользоваться мягкой нейлоновой щеткой. Устранить зубной налет помогает промывание рта зубной водой (вроде Water-Pik) и применение пасты с фтором. Новую зубную щетку перед использованием необходимо тщательно обмыть горячей водой с дезинфицирующим средством. Чтобы дольше сохранить зубы и десны здоровыми, нужно отучиться от свойственной многим привычки жевать на одной стороне рта.

Подмывание - обязательная часть ухода за телом, включающая в себя мытье промежности и гениталий. Если принимать душ можно 4-5 раз в неделю, а ванну - 2-3 раза, то выполнять туалет половых органов и области ануса следует ежедневно, по возможности сразу после сексуального сношения или дефекации (по крайней мере 1 раз - вечером, непосредственно перед отхо-

дом ко сну). Если мужчина имеет интимные отношения с постоянной партнершей, то после секса в ночные часы можно отложить туалет гениталий на утро.

Рациональное питание

Жизненная энергия, полноценное функционирование клеток, здоровое состояние всех физиологических систем - все это зависит от питания. С пищей человек получает и строительный материал для клеток, и источники биохимической энергии, и физиологические стимуляторы, управляющие процессами обмена. Здоровое питание должно быть рациональным, т. е. сбалансированным и нормированным. Состав продуктов, калорийность, порции и частота приема пищи имеют большое значение.

Норма потребления калорий зависит от рода деятельности, поскольку при больших физических нагрузках пища должна быть более калорийной. Диетологи рекомендуют принимать пищу небольшими порциями, но часто - по меньшей мере 4 раза в день (традиционное трехразовое питание, как оказалось, приносит мало пользы). Чаще 6 раз в день, однако, здоровый человек есть не должен. Лучше всего устраивать трапезу 5 раз в день, причем последнюю - ужин - не менее чем за 1-2 ч до сна, при этом не есть ничего сладкого или тяжелого для желудка.

Белки еще сравнительно недавно было принято считать наиболее важными пищевыми веществами для мужчины. Однако сейчас взгляды на рациональное питание значительно изменились. Выяснилось, что состав сбалансированного меню в известной степени зависит от группы крови человека.

Мясо как главный источник белков просто необходимо лицам с I группой крови. Лицам со II группой крови тоже требуется много белков, но преимущественно растительного происхождения (из сои и других бобовых), тогда как потребность в мясе у этих людей невелика. Те, у кого III группа крови, могут питаться разными продуктами, а вот обладатели IV группы кро-

ви более склонны к вегетарианству. Полный отказ от мясной пищи вреден для здоровья, поскольку растительные белки плохо усваиваются организмом и не содержат многих незаменимых аминокислот, играющих важную роль в обменных процессах.

Другой ценный компонент пищи - *жиры*. Их нехватка способствует снижению иммунитета и развитию гнойничковых заболеваний кожи, облысения, авитаминозов А, D и E. Поэтому оптимальный дневной рацион включает в себя 30-80 г жира, из которых 2/3 приходится на жир животного происхождения. В холодное время года потребность в жире возрастает у некоторых людей до 100 г в сутки. Это нормальное явление, если с наступлением весны потребление жира вновь снижается.

При чрезмерном употреблении животных жиров могут развиваться ожирение и атеросклероз. Несмотря на это, использовать исключительно растительные масла нельзя: хотя они и не приводят к атеросклерозу, зато активно окисляются с образованием агрессивных токсинов (таких токсинов не дает только оливковое масло).

Углеводы, прежде всего глюкоза, фруктоза, сахароза, крахмал и гликоген, выполняют в человеческом организме энергетическую функцию: они поставляют клеткам до 60 % расходуемой ими энергии. Другие углеводы, являющиеся неперевариваемыми, служат балластными веществами, создающими необходимую нагрузку на желудочно-кишечный тракт. К этим углеводам относятся пектиновые вещества, целлюлоза, гемицеллюлоза и т. д.

Источником энергетических углеводов являются крупы и сладкие овощи и фрукты, а неперевариваемых углеводов - пищевые волокна из кожуры овощей и фруктов и муки грубого помола. Простые сахара должны составлять в рационе не более 20 %, тогда как остальные 80 % приходятся на грубые пищевые волокна.

Здоровый стол непременно включает в себя продукты, богатые *витаминами*. Мужчины нуждаются в этих биологически активных веществах несколько больше, чем женщины (исключение составляют беременные).

Витамины принимают активнейшее участие в биохимических и физиологических процессах в организме, регулируют ряд жизненно важных функций, поддерживают здоровое состояние тканей. Витамины А, С, Е и микроэлемент селен являются антиоксидантами - веществами, которые очищают живые клетки от перекисных соединений, благодаря чему организм легче переносит последствия загрязнения окружающей среды, курения, употребления алкоголя.

Клетки человека не могут накапливать витамины «про запас», за исключением клеток печени, создающих небольшое депо жирорастворимых витаминов (А, D, Е и К). Водорастворимые витамины (С, Р, РР и группы В) нигде не откладываются и быстро расходуются. Следовательно, потреблять пищу с их содержанием необходимо ежедневно.

Все пищевые продукты содержат витамины, однако нет такого продукта, который содержал бы сразу все эти вещества. Именно поэтому питаться исключительно растительной пищей чрезвычайно вредно для здоровья: вегетарианская диета должна практиковаться лишь в течение некоторого ограниченного срока. Здоровая пища всегда разнообразна.

Оптимально составленный рацион непременно включает в себя злаки, овощи (плодовые и листовые), фрукты, ягоды, орехи, грибы, яйца, мясные и молочные продукты. При этом злаки и продукты из них (мучные изделия, каши) должны преобладать. Количество соли, жиров, специй и сахара должно быть наименьшим в сравнении с остальными. Однако здоровому мужчине нельзя полностью исключать из меню соленое, пряное и сладкое. Сахар необходим организму в определенных количествах, особенно если энергетические затраты мужчины велики. Соль и пряности повышают аппетит и раздражают слизистую желудка, стимулируя выделение пищеварительных соков.

Большое значение имеет способ кулинарной обработки. Длительная обработка при высокой температуре способствует разрушению ряда ценных веществ, особенно витаминов. Удаление кожуры с овощей и фрук-

тов перед использованием, а также применение круп исключительно тонкого помола заметно обедняет рацион витаминами.

Жареных продуктов в меню должно быть меньше, чем вареных и сырых, т.к. при жарении используется много жира, а структура животных и растительных белков сильно повреждается. Но и полностью отказываться от жареного нельзя, поскольку вкусовые качества у таких блюд выше, чем у всех остальных. А кроме того, обжаривание мяса и рыбы снижает до нуля риск заразиться через эти продукты рядом болезней, в особенности кишечными паразитами (гельминтами).

Режим труда и отдыха

Отдых - условие сохранения здоровья, поскольку благодаря отдыху человек получает возможность снять напряжение, накапливающееся в процессе трудовой деятельности. К слову, в течение рабочего дня имеет смысл каждые полтора-два часа устраивать «пятиминутки», т.е. небольшие перерывы, во время которых нужно расслабить мышцы глаз, подвигать руками и сделать несколько наклонов корпусом вправо-влево, чтобы разгрузить спинные мышцы.

Выходные дни необходимы каждому человеку, поскольку заложенный в нас природой биоритм рассчитан на 5-6 дней плодотворной деятельности. Уже на шестой день производительность труда резко падает, а на седьмой становится ничтожно малой. Когда человек работает всю неделю без отдыха и при этом стремится поддерживать одинаковый уровень отдачи, он подвергает себя колоссальным нагрузкам, изнашивающим организм и расшатывающим нервную систему.

Немаловажен для полноценного восстановления сил и вид отдыха. Отдых бывает активный и пассивный. Активный связан со спортивными играми, прогулками, танцами и т.д. Пассивный ограничивается релаксацией (посещение сауны, массажного кабинета, кафе и т.д.) и культурными развлечениями (посещение театров и музеев или домашний просмотр фильмов).

Уже давно известно, что люди, которым приходится в течение рабочего дня выдерживать преимущественно физические нагрузки, большую часть времени должны отдыхать пассивно. И наоборот, лицам, занятым главным образом интеллектуальным трудом, для восстановления сил и укрепления здоровья следует больше свободного времени посвящать активному отдыху.

Одним из наилучших видов отдыха и одновременно замечательным лекарством при многих болезнях является сон. Длительность ночного сна в норме должна составлять примерно 7 ч 30 мин, при больших физических или умственных нагрузках - не менее 8 ч в сутки. Спать следует на достаточно мягкой постели, чтобы телу ничто не мешало, иначе возможно затекание рук и ног, возникновение болей и чувства разбитости по пробуждении. Однако вместе с тем постель не должна быть и слишком мягкой - такой, в которой человек «утопает», т. к. в этом случае искривляется позвоночник.

Спальню перед отходом ко сну необходимо хорошенько проветрить, не допуская, однако, чрезмерного снижения температуры воздуха, поскольку спящий не должен мерзнуть. Кутаться, когда в комнате свежо, не следует: достаточно надеть на ночь носки и легкую шапочку (пресловутый ночной колпак, от которого, к сожалению, сегодня большинство людей отказались).

Если трудно заснуть сразу, нужно какое-то время полистать красочно иллюстрированный журнал, чтобы мысленно отвлечься, а затем прикрыть чем-нибудь абажур лампы, создав в комнате полумрак. В такой обстановке сон наступает быстрее. Смотреть телевизор или читать книги, которые могут навеять серьезные размышления, не следует, поскольку заснуть от этого будет еще труднее. Некоторых свет раздражает, в таком случае нужно не только выключить на ночь все лампы в доме, но и надеть на глаза повязку.

Снотворное следует принимать только по рекомендации врача. Самостоятельно можно выпить половинку анальгина, т. к. этот препарат обладает слабым успокаивающим и снотворным действием.

Многим бывает необходим дневной сон. Его называют послеобеденным, однако ложиться спать следует не сразу после трапезы, а спустя 30-60 мин. Длительность такого отдыха не должна превышать 2 ч.

Организация рабочего места с медицинской точки зрения включает в себя меры по созданию условий, в которых снижается риск травматизма и развития каких-либо нарушений. Данные условия предполагают в первую очередь достаточное рабочее пространство, эргономичность инструментов (приспособлений), здоровый микроклимат, нормальное освещение.

Увеличение полезного пространства на рабочем месте достигается за счет рационального (в т. ч. трехмерного, с использованием стеллажей) размещения техники и расходных материалов, устранения ненужных вещей и неиспользуемых инструментов, своевременной уборки крупного мусора, например пустой тары и т. д.

Эргономичность инструментов (приспособлений и других рабочих средств) предполагает их максимальное удобство в эксплуатации, связанное с дизайном. Конструкционное выполнение инструментария может быть таким, что, несмотря на все технические достоинства, человеку определенного роста и комплекции будет очень неудобно обращаться с ним. Поэтому необходимо из всех наличествующих рабочих средств выбирать такие, которые максимально удобны.

Управление микроклиматом осуществляется посредством проветривания рабочего помещения, влажной и сухой уборки (первая проводится 1-2 раза в неделю, вторая - ежедневно). Если есть возможность поставить в своем уголке небольшой вентилятор, то ей нужно непременно воспользоваться.

Освещение подбирается таким образом, чтобы можно было, не напрягая глаз, различать объекты на рабочем месте. Наибольшую освещенность создают лампы дневного света, мерцание которых, вопреки общему мнению, не приводит к снижению зрения. Единственная неприятность, с которой связано использование люминесцентных ламп, — утомление глаз во время работы за компьютером. Глаза утомляются потому, что

мерцание монитора накладывается на мерцание ламп. Но такое бывает только в том случае, если лампы находятся невысоко над столом. И кроме того, сегодня выпускаются настольные неоновые лампы, не создающие эффекта наложения мерцаний.

Гигиена сексуальной жизни

Сексуальная (половая) жизнь является основной формой сексуального поведения человека. Она включает в себя всю совокупность проявлений человеческой *сексуальности* - половую конституцию, тендерную идентичность, сексуальную ориентацию, репродукцию, эротизм и, наконец, интимность, объединяющую мысли, фантазии, желания, установки и ценности, связанные с сексом и деторождением.

Сексуальность мужчины проходит длительный процесс развития, начиная с рождения (а возможно, и с более раннего этапа) и заканчивая сексуальной инволюцией в старческом возрасте. Половая жизнь как отражение этого процесса становится возможна лишь по завершении *полового созревания* в подростковом периоде. Половое созревание сопровождается физиологическими, психологическими и прочими изменениями в организме мальчика.

В первую очередь происходит перестройка эндокринной системы, к которой отнесены гипоталамус, гипофиз, надпочечники и семенники (яички). С началом периода полового созревания гипоталамус устраняет отмечаемые в это время стрессы, обменные отклонения и изменения в составе крови, чем подготавливает организм подростка к созреванию. Гипофиз (питуитарная железа) начинает вырабатывать эндорфины и окситоцин - гормоны, стимулирующие сексуальные реакции организма.

Кроме того, с 10 до 13 лет гипофиз вырабатывает гормон фоллотропин, вызывающий рост яичек. Надпочечники способствуют возникновению у мальчиков вторичных половых признаков. И, наконец, семенники, которые начинают активно работать в период с 12 до 14 лет,

начинают производить сперматозоиды и вырабатывать гормон тестостерон, благодаря которому формируется мужское либидо, увеличивается в размерах половой член и становится возможна эрекция.

Формирование вторичных половых признаков длится с 13 до 25-29 лет. Первоначально оно выражается в оволосении лобка, затем в бурном росте волос на теле, а начиная с 15-17 лет - и на лице. Наиболее активно волосы на лице и теле растут в 18-20 лет, однако борода и волосы на спине начинают активно расти лишь с 25 до 29 лет. Примерно в возрасте 13-15 лет происходит мутация голоса (он становится низким) за счет удлинения голосовых связок и образования кадыка.

О начале выработки семени яичками свидетельствует появление у подростка поллюций - непроизвольных семяизвержений, происходящих обычно во сне под влиянием эротических сновидений или ночных кошмаров. Причиной поллюций является переполнение семенных пузырьков их секретом, вследствие чего активно иннервируются отделы нервной системы, ответственные за половое возбуждение.

Окончательно организм мужчины становится подготовлен к осуществлению репродуктивной функции к 18-20 годам, хотя многие явления сексуальности продолжают развиваться и видоизменяться и впоследствии. В особенности это касается эротизма и интимности, т. е. психологических составляющих. Их формирования происходит в процессе общения с женщинами.

Первоначально половая жизнь ведется нерегулярно, однако в дальнейшем при выборе постоянной партнерши определяется круг привычек, потребностей и стимулов мужчины. На этом этапе сексуальные отношения совершаются с достаточной регулярностью и при наличии гармонии между партнерами доставляют удовольствие и мужчине, и женщине.

Сексуальный контакт между мужчиной и женщиной осуществляется благодаря физиологическим изменениям, носящим название *полового цикла*. Эти изме-

нения происходят по причине нарастания и последующего спада сексуального возбуждения. Половой цикл мужчины состоит из нескольких фаз. В начальной фазе возникает эрекция - увеличение в размерах и отвердение полового члена, благодаря чему оказывается возможным его введение в вагину и совершение в ней ритмичных движений - фрикций.

За счет стимулирования гениталий во время фрикций возбуждение достигает порогового значения, в результате чего происходит выброс спермы через уретру в половой тракт женщины (эякуляция). Сладострастные ощущения, которые испытывает мужчина при движении спермы в мочеиспускательном канале, называются оргазмом. У женщины отмечаются сходные фазы полового цикла, однако их механизм несколько иной.

Стресс-менеджмент

Наше время называют временем колоссальных психических нагрузок, эпохой стрессов. Это в корне неверно, на что впервые указал первооткрыватель стресса — канадский ученый Г. Селье. Уже первобытный человек испытывал сильнейшие стрессы, поскольку жил, постоянно рискуя быть съеденным диким зверем или подвергнуться другой напасти. Однако на протяжении многих веков люди искали способ справиться со стрессом вслепую, даже не понимая, что именно их угнетает.

Более всего страдали мужчины, поскольку их активная роль в обществе предполагала и большие нагрузки на нервную систему. Сильным полком были испробованы азартные игры, табак, спиртные напитки и наркотики, что привело к возникновению таких форм зависимости (и одновременно социальных болезней), как людомания, никотинизм, алкоголизм и наркомания. Лишь в настоящее время ученые, опираясь как на новейшие открытия, так и на достижения великих цивилизаций древности, создали комплексные системы стресс-менеджмента, включающие в себя аутотренинг, медитацию, библиотерапию и прочие механизмы психокоррекции.

Йога зародилась в Древней Индии, где возникли все основные ее направления (аспекты). Современная йога, чаще всего практикуемая в лечебно-профилактических целях, представляет собой комплекс упражнений-асан из двух аспектов йоги - хатха-йоги и крия-йоги. Хатха-йога делает акцент на тренировках для тела, а крия-йога — на психогенных техниках. С медицинской точки зрения хатха-йога полезна тем, что она улучшает функциональное состояние опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и нервной систем, желез внутренней секреции. Крия-йога необходима как средство против стрессов, депрессии и тому подобных психологических состояний.

Заниматься крия-йогой, учащей контролю над эмоциями и позитивному мышлению, могут все. Хатха-йога противопоказана при высокой температуре, острых заболеваниях, обострениях хронических болезней. Детям до 6 лет и взрослым после 60 овладевать техникой хатха-йоги нужно осторожно и постепенно.

Значение *аутотренинга* (аутогенной тренировки), основанного на самовнушении, никогда не отрицалось и не умалялось. Результативность занятий аутотренингом обеспечивается за счет того, что в ходе этой тренировки человек как бы погружает свой мозг в полудремотное состояние, промежуточное между сном и бодрствованием. В таком состоянии осознанные приказы, отдаваемые собственному организму, способны регулировать режим его работы. Умение погружаться в состояние неактивного сознания вырабатывается не сразу, на это уходит какое-то время. Другим обязательным условием занятий по системе аутогенной тренировки является умение сосредоточить внимание на какой-либо мысли, не напрягая его (феномен ненапряженного сосредоточенного внимания).

Дремотность мозга и ненапряженность внимания достигаются за счет максимального расслабления мышц. Когда скелетная мускулатура расслаблена, она посылает в головной мозг мало импульсов, отчего он постепенно погружается в полудрему. Одновременно отсутствие этих импульсов позволяет сконцентриро-

ваться на чем-нибудь, не прилагая особых усилий. Примечательно, что в таком состоянии организму легче повиноваться приказам мозга, поскольку мышечные нервы, лишившись привычной нагрузки, становятся великолепными проводниками новых сигналов.

Искусство *медитации* возникло в глубокой древности, к этой технике прибегали представители разных культур и цивилизаций прошлого - от индийских браминов до афонских монахов. Еще сравнительно недавно медитацию не воспринимали всерьез, считая ее бесполезным «разглядыванием пупка». Однако с некоторыми пор мнения изменились на противоположные.

Умение сконцентрироваться на каких-либо ощущениях, пробуждать в себе положительные эмоции, получать радость от прояснения мыслей - это фактор, в значительной степени снижающий внутреннюю напряженность, улучшающий самочувствие, способствующий нормализации физиологических процессов через механизмы нервной регуляции.

Техника медитирования вовсе не предполагает обязательного «разглядывания пупка», потешавшего многих, а также чтения мантр, молитв. Все, что требуется от человека, — это сосредоточиться на чем-то приятном и вообразить его себе в виде энергетического потока, проходящего через твоё тело и несущего с собой очищение, избавление от стрессов и недугов.

Библиотерапия - сравнительно молодой вид психологической помощи, заключающийся в тщательном подборе литературы, чтение которой создает определенное настроение и позволяет с высокой эффективностью управлять самочувствием. Некоторые книги действуют на психику человека угнетающе. Таких произведений нужно избегать, зато стоит чаще перечитывать книги, не просто радующие и доставляющие удовольствие, но и вызывающие ощущение бодрости.

Выбор книги для лечения всегда сугубо индивидуален. То, что полезно для одного, может оказаться очень опасным для другого. Однако опыт психологов показывает, что на большинство людей благотворно действуют произведения И.А. Бунина и У. Шекспира. А.П. Чехо-

ва и Н.В. Гоголя следует читать с осторожностью, поскольку их сочинения помогают только при определенных состояниях - в других ситуациях чтение таких книг принесет вред.

Довольно внушительному числу людей противопоказано частое чтение произведений Ф.М. Достоевского и Л.Н. Толстого, которые обладают терапевтическим эффектом лишь при сравнительно редком прочтении.

Г. Гессе обычно способствует снятию стресса, а вот чтение Э. Хемингуэя не только снимает стресс, но и наполняет положительными эмоциями. Чтение модных новинок без разбора и без учета личных пристрастий приводит к тяжелой депрессии и даже провоцирует появление серьезных органических нарушений.

Физическая активность и закаливание

Рационально организованная физическая активность способствует улучшению двигательной функции, росту мускулатуры, повышению выносливости, появлению навыка экономного расхода энергии и т. д. В физической активности можно выделить три основных вида - физкультуру, спорт и туризм.

Физкультура и спорт тесно связаны между собой, поскольку включают много одинаковых силовых упражнений, однако между этими видами активности имеются и принципиальные различия. Спорт предполагает более тщательную отработку ряда упражнений с неизбежной специализацией. Это означает, что существует ряд занятий, которых нет в физкультурном комплексе или в других видах спорта, и этим занятиям спортсмен посвящает максимум времени, иногда в ущерб всем остальным нагрузкам. Спорт нацелен на получение высоких результатов в одном отдельно взятом виде, зачастую рекордных, тогда как физкультура ориентирована на общее физическое развитие человека (отсюда и ее название).

Занятия физкультурой необходимы потому, что в наш организм заложена потребность в движении. Они могут быть систематическими и эпизодическими. Систе-

матические проводятся ежедневно, эпизодические - время от времени. Зачастую бывает трудно в силу многих причин каждое утро делать зарядку. В таком случае оптимальный режим физической активности - 2 раза в неделю. Если этот режим удастся соблюдать, человек, конечно, не станет здоровее, но зато сумеет частично сохранить имеющийся запас жизненных сил своего организма.

Оптимальное время занятий физкультурой и спортом - часы физиологического подъема, которыми являются периоды с 5 до 8 ч, с 10 до 12 ч и с 16 до 20 ч. Естественно, с толком будут проведены те занятия, которые приходится на указанные интервалы времени. Утренняя гимнастика особенно полезна, отказаться от нее следует лишь тем, кто страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Занятия физкультурой и спортом безусловно противопоказаны в следующих случаях:

- при острых инфекциях;
- при любых болезнях в острой форме или в период обострения;
- при психических и многих неврологических заболеваниях;
- при болезнях опорно-двигательного аппарата, особенно связанных с болями или нарушениями функций суставов;
- при онкологических заболеваниях со злокачественным течением;
- при болезнях сердечно-сосудистой системы;
- при бронхиальной астме, сопровождающейся тяжелыми приступами.

Этим больным, как и всем людям, необходима двигательная активность, но занятия для них подбираются индивидуально из комплексов так называемой лечебной физкультуры. Существуют болезни, при которых допустимо заниматься не лечебной, а обычной физкультурой, но такое решение принимает врач. К данным заболеваниям относятся те, что поражают железы внутренней секреции, желудочно-кишечный тракт, печень, желчевыводящие пути, почки. Почти всем мужчинам -

как абсолютно здоровым, так и больным - показаны прогулки. Ежедневно каждый человек должен совершать до 10-15 тыс. шагов, чтобы пребывать в хорошей форме.

Туризм представляет собой универсальную форму физической активности, поскольку совмещает несколько видов спорта и способствует максимальному развитию самых разных физических и психологических навыков. Туризм заряжает положительными эмоциями в гораздо большей степени, чем спорт, поскольку не приносит поражений. Кроме того, он связан не только с оздоровительными нагрузками, но и с определенными видами активного отдыха, очень полезного для организма человека: в походе всегда найдется время для рыбалки, грибной охоты, фотографирования и т. д.

В последние годы получил широкое распространение экотуризм - посещение уголков нетронутой природы. Поскольку техногенное загрязнение среды вблизи человеческих поселений достигает катастрофических масштабов, экотуризм особенно ценен. Благодаря этому виду активности человек на время уходит от воздействия факторов экологического неблагополучия.

Прежде чем приступить к укреплению здоровья посредством спорта и тем более туризма, необходимо заняться *закаливанием*.

Оно включает в себя комплекс мероприятий, направленных на повышение сопротивляемости организма различным неблагоприятным факторам среды, в особенности переохлаждению и перегреву. Благодаря закаливающим процедурам улучшается иммунитет человека. Главные компоненты комплекса закаливания - воздушные и солнечные ванны, а также водные процедуры.

Воздушные ванны проводятся на открытом воздухе или в хорошо проветриваемой комнате (при открытом окне), при температуре не ниже 1 ° С. Их длительность на начальном этапе составляет не более 15 мин, а впоследствии постепенно увеличивается до 30 мин и более. У достаточно закаленных людей длительность приема воздушной ванны в норме достигает максимум 1 ч при про-

хладном и 2 ч при теплом воздухе. Оптимальная влажность воздуха составляет 65 %, при более высокой - проведение процедур нежелательно.

Солнечные ванны нужно принимать осторожно, лучше всего не под прямыми лучами, а в тени крон деревьев или под специальным навесом. В течение какого-то времени длительность приема должна составлять не более 5 мин (лучше всего - 3 мин). Максимальная длительность солнечной ванны у закаленного человека равняется 1-2 ч в день. Недопустим прием солнечных ванн после трапезы или физических нагрузок.

Обычно под закаливающими водными процедурами ошибочно понимают купание в проруби. Однако сразу попытаться залезть в ледяную воду очень опасно. Лучше начинать с обтираний, которые следует проводить ежедневно. Некоторым вовсе не обязательно превращаться в «моржей», поскольку вполне достаточно и в дальнейшем ограничиваться обтираниями. Температура воды первоначально должна составлять 30-32 °С в летний период и 34-35 °С - зимой, а затем каждые 3 дня понижаться на 1 °С, пока не достигнет 16 °С. Желательно начинать закаливание в конце весны или летом, чтобы подготовиться к новому осенне-зимнему сезону.

КАК ЛЕЧИТЬ БОЛЕЗНИ

Уже в доисторические времена знахарями применялись самые разнообразные методы лечения заболеваний. Сегодня число лечебно-оздоровительных методик значительно возросло, так что подробно осветить их все не представляется возможным. Однако в арсенале современной медицины существуют некоторые основные методы, заслуживающие наиболее пристального внимания. Они будут рассмотрены ниже.

Радикальное лечение

Хирургическая операция назначается тогда, когда консервативные методы оказываются малоэффективными или вовсе бесполезными. Поводом к ней служат

в первую очередь различные пороки развития, обычно внутренние (сужение выхода мочеточника из лоханки и т. д.), поскольку внешние являются косметическими дефектами - их обнаруживают и устраняют еще в младенческом возрасте. Сюда относятся аномалии развития, например нетипичное расположение органов или систем.

Далее следуют травмы, при которых восстановить целостность тех или иных органов невозможно иначе, кроме как радикальными способами. Требуют хирургического вмешательства гнойно-воспалительные заболевания, например аппендицит, перитонит, остеомиелит, периостит, лимфаденит и т. д. Как правило, подлежат оперативному удалению доброкачественные и в первую очередь злокачественные опухоли. Чаще всего хирурги имеют дело с растущими сосудистыми опухолями - лимфангиомами и гемангиомами.

Операции показаны в некоторых пограничных состояниях, когда требуется предотвратить развитие процесса еще до возникновения тяжелого заболевания. Сюда относятся такие случаи, как инфекционная желтуха, прободная язва двенадцатиперстной кишки, снижение гемоглобина при болезнях селезенки, а также грыжи, в особенности паховые. Грыжи опасны ущемлением или инфицированием.

Подготовка к операции (если вмешательство не является срочным) непременно включает в себя сбор ряда справок и сдачу анализов. Прежде всего необходима справка от участкового терапевта о том, что противопоказаний к операции нет. Она нужна потому, что терапевт наблюдает пациента долго и знает о нем больше, чем может узнать хирург за считанные дни по анализам и рентгеновским снимкам.

При этом важны все данные, заносимые терапевтом в медицинскую карточку больного, в особенности о запорах, простудах, аллергиях на какие-либо препараты. Это важно при подборе наркоза и определении условий послеоперационного ухода. Попутно хирург может сделать вывод о возможных осложнениях такой операции.

Необходима и справка от стоматолога о санации зубов: после операции организм попадает в особые условия, в которых скрытая инфекция, гнездящаяся в больных зубах, проникнет в послеоперационную рану, где в благоприятной для себя застойной питательной среде начнет быстро размножаться, что послужит причиной нагноения раны. Сходным поведением характеризуются гноеродные микробы, вызывающие инфекцию в ЛОР-органах (среднем ухе, миндалинах, аденоидах, носовых пазухах). Поэтому наряду с прочими необходима еще и справка от отоларинголога касательно отсутствия очагов инфекции указанной локализации.

Естественно, потребуется справка от рентгенолога. Просвечивание - рядовая процедура, которая проводится в порядке профилактического обследования в целях обнаружения патологии, никак себя не проявляющей: воспалительного процесса или остаточных явлений после него, кисты, опухоли, аномалии развития.

Очень важны анализы крови, которые помогают решить вопрос об отсутствии или наличии воспаления, достаточно или недостаточно высоком гемоглобине, нормальной или пониженной свертываемости, отсутствии или наличии болезней кроветворения. Исходя из полученных данных, хирург заключает, насколько хорошо пациент перенесет операцию.

Непосредственная подготовка к операции занимает порядка 2-3 дней. В течение этого срока требуется соблюдать строгую диету и ни в коем случае не употреблять домашнюю пищу! В эти дни пациент под наблюдением врача систематически принимает снотворное, седативные препараты и средства, действующие на обменные процессы.

Начиная с того момента, когда до предстоящей операции остается 4 ч, человеку нельзя пить. За определенное время до наркоза больному ставится клизма, он опорожняет мочевой пузырь. За 30-40 мин до наркоза больному вводят препараты, способствующие усилению наркозных средств и устранению возможных побочных эффектов, например атропин, промедол и пипольфен.

Послеоперационные осложнения многочисленны, к ним нужно быть готовым заранее. Наиболее типичны легочные осложнения. У человека, находящегося под наркозом, происходит ограничение глубины дыхания, что угнетает кашлевой рефлекс и ведет к застою в легких. Конечный результат этого процесса - пневмония. Достаточно часто случаются кровотечения, объем которых может быть нормальным или повышенным. Нормальным объемом характеризуются так называемые допустимые кровотечения, связанные с неизбежной послеоперационной геморрагией. Повышенный объем кровотечения свидетельствует о протекании патологического процесса.

Многих после хирургического вмешательства мучают кишечные расстройства. Чаще всего это наблюдается у детей, причем чем младше ребенок, тем выше риск расстройства пищеварения. Если своевременно не обратить внимания на понос или запор, то это может привести к развитию дисбактериоза, энтероколита или язвенного колита. Запор и понос после операции всегда являются сигналом опасности, вот почему так важно сидеть на назначенной врачом диете и не провоцировать нежелательные кишечные явления неправильным питанием.

Задержка стула всего на 2 дня, абсолютно неопасная для здорового человека, у прооперированного вызывает метеоризм, болевые приступы, повышение температуры. Немедленно принимать слабительные лекарства или ставить клизму не следует, т. к. в большинстве случаев кишечные расстройства быстро устраняются оптимальным двигательным режимом (лечебной гимнастикой) и тщательно составленным рационом.

Сначала необходимо ввести в меню такие продукты, как мед, чернослив, отварные свекла и морковь, сливовый сок, свежий кефир, растительные масла (в особенности подсолнечное и кукурузное). В случае с поносами больному показаны блюда, обладающие закрепляющим действием, в числе которых стоит упомянуть рисовую кашу, рисовый отвар, черничный кисель и 2-3-дневный кефир.

Одним из тяжелых, но тоже нередких осложнений является нагноение хирургической раны. Так как она заполнена застойной жидкостью, то является питательной средой для микробов, ранее существовавших в организме или внесенных во время операции (а такое, хотя и маловероятно, все же иногда случается). Ситуация изменилась бы к лучшему, если бы всем прооперированным назначали курс антибиотиков как можно скорее, еще до появления нагноения. Но это нежелательно, поскольку антибиотики мешают заживлению раны. Если организм в состоянии справиться с микробами сам, то нужно предоставить ему такую возможность.

Основные виды консервативного лечения

Главными, хотя, конечно, не единственными компонентами консервативного лечения являются химиотерапия, лечение антибиотиками, серотерапия (прививки) и физиотерапия. **Химиотерапия** предполагает использование препаратов на основе веществ, которые были получены фармакологами искусственно, а не из живой природы. Прием многих слабительных, новейших диуретиков, сульфаниламидов, салицилатов и тому подобных средств относится к химиотерапии.

Самостоятельный прием этих и любых других медикаментов вполне возможен, если больной предварительно проконсультировался со своим врачом. Некоторые средства допустимо принимать без рекомендации врача, но в этом случае должны соблюдаться следующие условия:

1. Прежде всего больному должен точно знать, чем он болеет и какие средства ему показаны, а какие, наоборот, противопоказаны.
2. Приобретая малознакомый препарат, нужно прочесть инструкцию по его применению и запомнить его фармакологическое (научное) название, чтобы суметь в дальнейшем без труда определять его аналоги под разными фирменными наименованиями.
3. Нужно знать дозировку средства и следовать ей, причем избегать начинать лечение с ударной дозы (та-

кие решения принимает только врач); в инструкции к приобретаемому лекарству имеет смысл посмотреть, сколько граммов активного вещества содержит 1 таблетка (драже). Чаще всего дозировка в книгах, медицинских журналах и на вкладышах к медикаментам указана для лиц с массой тела 70-75 кг. Поэтому тот, кто весит 50-55 кг, должен принимать на 1/3 дозы меньше, а кто весит 90-100 кг - на 1/3 больше.

4. Важно уметь принимать лекарства, всегда следуя таким указаниям фармакологов, как «до еды», «после еды» и т. д. Лекарства в желатиновых капсулах принимают стоя, чтобы они не прилипли к стенке пищевода. Вообще следует избегать того, чтобы медикаменты долго взаимодействовали со слизистой оболочкой (поэтому, кстати, нельзя класть анальгин на больной зуб - пользы от этого нет, а вот слизистая повреждается). В этом плане наиболее безопасны порошки и шипучие таблетки; к сожалению, эффект от их приема наступит не быстрее, чем от приема обычных таблеток.

5. Недопустим прием без согласия врача таких медикаментов, как транквилизаторы, антибиотики, сердечные гликозиды, антикоагулянты, антиаритмические средства, антигистаминные и ферментные препараты. Чаще всего злоупотребляют **антибиотиками**. Это очень активные антибактериальные препараты, неправильное применение которых переводит инфекцию в скрытую форму и вызывает аллергическую реакцию. Совершенно излишне их применение при ОРВИ, поскольку против вирусов эти лекарства бессильны.

Другим назначением врача являются, как указывалось выше, **физиотерапевтические процедуры**, при которых на организм больного при помощи аппаратов или каких-либо приспособлений оказывается физическое воздействие, обладающее терапевтическим эффектом. Сегодня вовсе не обязательно посещать клинику, чтобы пройти назначенный врачом курс физиотерапии, поскольку в магазинах медицинской техники имеются доступные аппараты, позволяющие (при условии соблюдения всех инструкций) успешно выполнять те или иные процедуры в домашних условиях.

К числу таких процедур относятся вибротерапия, облучение из инфракрасного источника (ИК-источника), магнито- и ионотерапия. Сегодня выпускаются устройства, которые совмещают в себе функции виброфона, ИК-источника и генератора низкочастотного магнитного поля, однако можно приобрести аппарат, работающий лишь в одном режиме.

Вибротерапия (лечение виброакустическими колебаниями) улучшает микроциркуляцию крови и общее состояние пораженных тканей, так что может с успехом применяться при 30 широко распространенных заболеваниях, включая многие андрологические. Локальное прогревание ИК-лучами показано при воспалительных процессах на начальной стадии развития заболеваний суставов и ЛОР-органов. Магнитотерапия рекомендована для купирования болей и подавления патологического процесса при большом числе острых и хронических заболеваний. Сеансы магнитотерапии улучшают сон и снижают раздражительность.

Противопоказано виброакустическое воздействие на области, пораженные тромбофлебитом, опухолью, атеросклерозом. Нельзя направлять аппарат на сердце и имплантированные устройства. Использование виброфона, ИК-источника и магнитного генератора воспрещено при высокой температуре и любых острых состояниях.

Ионотерапия почти не имеет противопоказаний. Она заключается в насыщении воздуха жилого или рабочего помещения отрицательными ионами кислорода до определенной концентрации. Отрицательные ионы крайне необходимы человеку, при их значительном снижении он может серьезно заболеть и даже умереть. В городах уровень содержания в воздухе этих частиц понижен, однако восстановить их нехватку возможно, используя различные модели аэроионизаторов, самый известный из которых - люстра Чижевского.

Современные ионизаторы в большинстве своем полифункциональны - среди них есть такие, которые и лечат, и дополнительно очищают воздух от примесей, например частиц табачного дыма. Совершенно особый

род ионизаторов представлен соляными светильниками, насыщающими воздух ионами пещерной соли и обладающими позитивным воздействием на организм человека, в особенности на дыхательную систему.

Кроме указанных видов физиотерапии, существуют и более простые, к которым прибегает в случае болезни едва ли не каждый: горчичники, компресс, грелка, пузырь со льдом и т. д. Горчичники показаны при воспалительных заболеваниях дыхательной системы, гипертоническом кризе и стенокардии. Их воспрещается использовать при лихорадке, легочном кровотечении, онкологических заболеваниях и болезнях кожи.

Горчичные листки перед использованием опускают на несколько секунд в воду с температурой 40-45 °С, затем прикладывают к телу больного той стороной, которая покрыта слоем горчицы. В настоящее время не рекомендуется ставить горчичники на голую кожу. Лучше подкладывать под них промасленную бумагу или мягкую материю (в т. ч. махровое полотенце). Чем толще слой бумаги (материи), тем дольше проводится прогревание. Толщина слоя не должна превышать толщину полностью развернутого махрового полотенца. Держат горчичники 5-10 мин, до слабого покраснения кожи.

При некоторых состояниях больному ставят холод или тепло. Холод показан при ушибах и прочих травмах, сопровождающихся обильными или слабыми кровотечениями, поскольку низкая температура вызывает сужение сосудов. В качестве холода могут использоваться холодный компресс, грелка или пузырь с ледяной водой либо со льдом. Компресс обычно представляет собой марлю или любую другую ткань, свернутую в несколько слоев и смоченную в воде нужной температуры. Его полагается менять через каждые 2-3 мин. Общая длительность процедуры составляет от 5 до 60 мин в зависимости от показаний. Не рекомендуется держать холод дольше 10 мин без веских на то оснований.

Тепло - это согревающий компресс или грелка с горячей водой. Умеренно высокая температура снимает

мышечный спазм, расширяет сосуды и в конечном итоге оказывает болеутоляющее действие. Согревающий компресс, который готовится и применяется так же, как и холодный, ставится при воспалениях суставов, среднего уха и в некоторых других ситуациях. Грелку следует заполнить водой на 2/3 и затем, плотно закрыв, обернуть полотенцем.

Противопоказана грелка ослабленным и тяжело-больным, т. к. у них могут появиться ожоги. Иногда термические травмы кожи возникают и по причине очень частого применения грелки. В таких случаях показано после каждого прогревания смазывать кожу смягчающим кремом. Нельзя использовать тепло ни в каком виде при болях в животе (за редкими исключениями), повреждениях кожи и различных кровотечениях, при опухлях, а также в первые сутки после ушиба.

Диеты и витаминотерапия

Диетическое питание предполагает использование не всех обычных, а только вполне определенных пищевых продуктов. Эти продукты готовятся таким образом, чтобы организм при усвоении содержащихся в них веществ подвергался наименьшим нагрузкам. Диетический стол ограничен в калорийности, реже, наоборот, отличается повышенной калорийностью. Из рациона полностью или практически полностью исключаются соль и пряности, сахар также вводится редко и всегда в ограниченном количестве.

В медицинских учреждениях широко применяется система лечебно-профилактических диет профессора М.И. Певзнера, носящих числовые обозначения. Диета № 0 (общая калорийность - 1050 ккал) назначается на 3 дня больным в предкоматозном состоянии или в первые дни после операции на желудке или кишечнике. Стол включает слизистые крупяные отвары со сливками, мясной бульон, протертые каши, кисели, фруктовые желе. Частота приема пищи - 6 раз в день, как и при большинстве остальных видов диет, кроме специально оговоренных случаев.

При диете № 1 (2000-3000 ккал) в меню включают паровые фрикадели, отварное мясное пюре, жидкие каши, молочные продукты. Такой рацион показан лицам, страдающим язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, острым и хроническим гастритом. Длительность срока, на который устанавливается диета, - от 1 до 5 месяцев.

Диета № 2 (3000 ккал) показана лицам с хроническими гастритом или колитом, бродильной диспепсией. Стол включает паровые фрикадели, мясные и овощные пюре, отварные овощи, жидкие каши, молочные продукты. При диете № 3 (3000-3500 ккал), которая рекомендуется в случае хронических заболеваний кишечника, сопровождаемых упорными запорами, в рацион больного входят молочнокислые продукты, отварная свекла и другие овощи в таком же виде, свежие помидоры и морковь, хлеб из муки грубого помола (ржаной, отрубной).

Диета № 4 (2000-3600 ккал) назначается при острых и хронических заболеваниях кишечника, сопровождаемых диареей, и поражениях печени и желчного пузыря. Она предполагает употребление больным в пищу отварного мяса и супов без клетчатки.

В случае с диетой № 5 (3100 ккал), которая необходима во время лечения гепатитов, печеночной недостаточности, холецистита и желчнокаменной болезни, больной питается мясом на пару, запеченными без кожуры или отварными овощами, разваренными крупами. Все блюда протертые. При подагре и мочекишечной диатезе назначается диета № 6 (2300 ккал), включающая корнеплоды, бахчевые культуры и рыбу. В случае заболевания почек (в особенности нефритов или почечной недостаточности) необходима диета № 7 (2300 ккал), устанавливаемая на срок от 20 дней до 3 месяцев. Стол включает плодовые овощи на пару и ржаной хлеб.

Диета № 8 (600-1800 ккал) показана при ожирении. В рацион больного входят зеленые овощи, пюре из плодовых овощей, овощные и фруктовые салаты. Больным сахарным диабетом показан стол № 9 (2300 ккал),

включающий фрукты, а также отварные и панированные блюда, в которые входят овощи и мясо. На диету № 10 (1900-2600 ккал) переводят при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Стол включает бессолевые протертые блюда из плодовых и зеленых овощей, а также фрукты и ягоды, богатые аскорбиновой кислотой. Другая абсолютно бессолевая диета (3500 ккал) - № 11 — включает витаминосодержащие фрукты и ягоды, овощи, мясо рыбы и птицы, растительные масла. Такое питание рекомендовано людям, страдающим туберкулезом легких, истощением, анемией.

Диета № 12 иногда назначается при заболеваниях нервной системы; в целом она мало отличается от диеты № 15. Диета № 13 (2100-2200 ккал) показана при острых инфекциях и предполагает употребление крупных каш и супов, пюре из отварного и жареного мяса. Пища принимается очень маленькими порциями 8 раз в день.

Диета № 14 (3000-3100 ккал) полезна при фосфатурии, т. е. высоком уровне фосфора в моче. Больной употребляет жирные молочные продукты и овощи или фрукты, которые содержат достаточно витаминов А и РР. Непременным условием диеты является обильное питье. Стол № 15 (3000-3100 ккал) - обычный, применяемый в период выздоровления, включающий в ограниченном количестве жареные, острые и соленые блюда. Частота приема пищи - 4 раза в день.

Курс *витаминотерапии* может назначаться одновременно с диетическим питанием, поскольку обе меры повышают реактивность организма. Однако витамины применяются и как стимуляторы иммунной защиты, в таком случае их прием производится обособленно от диеты. Витаминные препараты подразделяются на комплексы, содержащие несколько активных компонентов, и пищевые монодобавки, в состав которых входит только одно действующее начало. Такие курсы показаны лицам, ослабленным болезнью и занимающимся напряженным физическим или умственным трудом.

Монодобавки целесообразно применять при явлениях нехватки (гипо- или авитаминоза) какого-то конкретного витамина. В остальных случаях наибольшее значение для организма мужчины имеют поливитаминные комплексы, содержащие следующие вещества:

- все основные витамины (около 20 веществ);
- некоторые основные витамины (6-8 веществ);
- витамины группы В;
- аскорбиновую кислоту и рутин (аскорутин);
- ретинол и токоферол (аевит).

Начиная с 40-летнего возраста, курсы витаминотерапии должны проводиться систематически, главным образом рекомендуются к применению аевит и аскорбиновая кислота.

При лечении ряда заболеваний витаминные препараты используются вовсе не потому, что их количество в организме понижено. Просто в данном случае принимается во внимание фармакологическое действие витаминов. Например, никотиновая кислота расширяет сосуды, пантотеновая усиливает перистальтику кишечника и т. д. Кроме того, витамины принимают в целях устранения побочных эффектов от использования сульфаниламидов или антибиотиков.

Неправильный, не согласованный с врачом прием препаратов этой группы может привести к нежелательным результатам, особенно в случае применения монодобавок, если не соблюдается дозировка или комбинируются несовместимые вещества. Чрезмерное употребление витаминов ведет к развитию гипervитаминоза. Возможны и другие, более опасные последствия. Некоторые витамины не уживаются вместе, например B_{12} стремится вытеснить практически все остальные витамины. Витамины B_2 и B_6 способны вытеснять витамин B_1 .

Вместе с тем недостаточное употребление одних витаминов сводит на нет прием синергичного ему вещества: синергичные витамины могут эффективно потребляться лишь в комплексах. Скажем, аскорбиновая кислота требует присутствия рутина и тиамин, тиамин - витамина B_{15} , ретинол - токоферола и т. д.

Лечебная гимнастика и массаж

В отличие от обычных фитнеса и спорта лечебная физическая культура (ЛФК) характеризуется тем, что виды упражнений в ней сгруппированы в комплексы строго определенным образом, а величина нагрузок тщательно нормирована. Благодаря этой тщательности и строгости, учету как специфики отдельного заболевания, так и индивидуальных особенностей больного врачам удается создать оптимальный двигательный режим, способствующий нормализации функционального состояния целого ряда физиологических систем у лиц, находящихся в восстановительном периоде.

Доказано, что ЛФК благотворно влияет на нервную регуляцию процессов в организме, работу сердечно-сосудистой системы, оптимизирует ритм дыхания, повышает компенсаторные способности организма, за счет чего больному даже при очень неблагоприятном течении болезни удастся добиться значительного улучшения. Кроме того, малоподвижность всегда нежелательна: даже при состояниях, близких к критическим, постельный режим показан на сравнительно ограниченный срок (обычно немногим более одного месяца).

Неоправданно длительное пребывание больного в постели ведет к появлению на коже пролежней, экзем и мокнутий, атрофии скелетных мышц, застойным явлениям в сосудах и легких (что может осложниться тромбозами и пневмониями), снижению подвижности суставов (так называемым контрактурам суставов), развитию двигательных дефектов и т. д.

Лечебная физическая культура включает в себя ежедневную утреннюю гимнастику, обязательную для всех выздоравливающих, и лечебную гимнастику, которая по возможности проводится ежедневно, но в разных режимах, в зависимости от этапа выздоровления: щадящем (после тяжелой болезни), щадяще-тренирующем (после болезни средней тяжести) и тренирующем (после легкого заболевания, когда оправдано плавное, но ощутимое повышение нагрузок).

Одна из задач гимнастики - повысить степень внешнего воздействия на человека, поскольку при интен-

сивных физических нагрузках люди более активно взаимодействуют с окружающей средой. Однако существует техника, в которой воздействие среды заменено воздействием человеческих рук: это *массаж*. Он бывает гигиеническим, используемым в ходе занятий спортом и при релаксации, и лечебным, применяемым в системе медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Исключительно велика роль лечебного массажа в травматологии, кардиологии, педиатрии и урологии. В дерматологии практикуется особый, косметологический массаж, путем применения которого удастся нормализовать состояние кожи и подкожных тканей. Все разновидности лечебного массажа улучшают кровообращение, способствуют повышению мышечного тонуса, стимулируют нервную систему, провоцируют выброс в кровь гормонов, активизируют адаптационные механизмы человеческого тела.

Комплиментарная медицина

Сегодня знахарство и прочие побочные направления медицины, признаваемые врачами, отнесены к так называемой комплиментарной медицине. Ее польза временами ставится под сомнение, однако некоторые виды зарекомендовали себя с положительной стороны.

Самым популярным видом народной медицины является *фитотерапия*, или траволечение, становящееся в наши дни одним из инструментов медицины научной. Целебные травы представлены не только травянистыми растениями, но и полукустарниками, кустарниками и деревьями.

В нашей стране применяется около 500 видов растений, части (органы) которых содержат биологически активные вещества: алкалоиды, витамины, гликозиды, дубильные вещества, органические кислоты, пектины, слизи, смолы, фитонциды, флавоноиды, эфирные масла и некоторые другие. Эти вещества в зависимости от своей химической структуры могут оказывать анти-

микробное, болеутоляющее, диуретическое, противовоспалительное, спазмолитическое действие и т. д.

Корни и корневища растений, как правило, содержат гликозиды и дубильные вещества. Ценны луковицы ряда растений, т. к. в них содержатся фитонциды и эфирные масла. Соки из ствола и листьев насыщены смолами и эфирными маслами. Смолы, дубильные вещества и гликозиды можно получить из коры деревьев и кустарников. Часто побеги с листьями травянистых растений содержат алкалоиды, горечи (разновидность гликозидов), минеральные соли и флавоноиды.

Древесные почки служат источниками сапонинов (разновидности гликозидов), дубильных веществ и сахаров. Сахара, слизи, пигменты и жиры (в форме эфиров глицерина) находятся в цветках ряда растений. Жирные масла и алкалоиды содержатся в семенах множества диких и культурных растений. Источниками витаминов, пектинов и органических кислот служат плоды растений.

В аптеках можно купить препараты сухих измельченных растений, предназначенные для самостоятельного приготовления чаев, настоев, отваров и прочих лекарственных форм, а также готовые настойки, бальзамы, мази, экстракты и т. д. Допустимо применять растительное сырье, собранное самостоятельно, если оно было заготовлено в здоровой местности, сушилось и хранилось по правилам. Важно также, чтобы лекарственное средство на основе данного сырья было приготовлено с соблюдением всех требований (пропорции, вида обработки, длительности приготовления и т. д.). Собранные или приобретенные в аптеке растительные части, как правило, нельзя хранить более двух лет.

Апитерапия (лат. *apis* - пчела) возникла из существовавшего издревле лечения пчелиными продуктами - медом, мумие, пергой, прополисом, маточным молочком и пчелиным ядом. Мед иногда называют «коктейлем» из Сахаров, однако его сахара, в отличие от обычного рафинированного, простые и легкоусвояемые, а потому служат прекрасным источником энергии.

Мед может применяться при лечении простудных заболеваний и при нарушении аппетита и пищеварения, в диетическом питании, с косметическими целями и т. д. Этот продукт можно в большинстве случаев использовать без специального назначения врача в смесях с частями лекарственных растений, пищевыми продуктами и напитками (чаем), а также в смесях для ванн. Остальные пчелиные продукты рекомендуется применять с большей осмотрительностью, лучше всего по совету врача.

Гирудотерапия, называемая также делло- и бделлотерапией, представляет собой лечение пиявками вида гируда медицинская. Повышенный интерес к этим существам, родственным дождевому червю, отмечался в период с 1880-х по 1960-е гг., после чего пошел на убыль, так что сегодня гирудотерапию приходится едва ли не возрождать заново. Новейшие открытия биохимиков показали, что в слюне гируды содержится самый сложный комплекс веществ, повышающих защитные силы организма, нормализующих плотность крови, прекращающих образование тромбов и уничтожающих старые кровяные сгустки, а также устраняющих любые воспалительные явления в сосудах, в первую очередь в венозных.

Гирудотерапия (или применение препаратов со слюной пиявки) показана в следующих ситуациях: почти при любых флебологических (венозных) заболеваниях - тромбозах, варикозе, геморрое и т. д., ряде воспалительных и гнойно-воспалительных процессов, не имеющих острого течения, застойных явлениях в печени и органах малого таза, андрологических и урологических заболеваниях различного происхождения и т. д.

Техника постановки пиявки имеет свои особенности. Выбор участка кожи, куда требуется поместить гируду, зависит от заболевания. Данный участок тщательно обмывается теплой водой без мыла, затем натирется ваткой, смоченной в горячей воде. Затем на это место из пробирки (стакана, бюкса) выпускается голодная пиявка, которую кладут так, чтобы она не оказалась над крупным сосудом, иначе гируда повредит

его своими зубами. Насытившаяся пиявка отпадает сама, но при некоторых заболеваниях ее необходимо снять раньше, чем она достигнет насыщения. Для этого ее спинку протирают ваткой, смоченной в медицинском спирте.

Иглорефлексотерапия зародилась в медном веке в Евразии. На коже знаменитой мумии охотника Этци, жившего в Альпах 5300 лет назад, обнаружены признаки уколов каменными иглами. Наибольшего развития иглоукалывание (акупунктура) достигло в Китае, откуда эта техника и попала в европейскую медицину. Древними целителями было открыто существование на коже особых энергетических точек - биологически активных зон (БАЗ), воздействие на которые улучшает протекание разнообразных физиологических процессов в организме и способствует избавлению от недугов. Китайцы описали 600 таких точек, современная медицина открыла еще 150.

Иглорефлексотерапия применяется как способ лечения, второстепенный по своей значимости, поскольку связи между органами и точками пока не изучены и врачи не могут точно предсказывать последствия такого лечения. Для акупунктуры применяются специальные иглы. Такую иглу вводят ввинчивающим движением на глубину 5-10 мм в надлежащую точку, фиксируют там легким постукиванием по другому концу и оставляют на 3-5 мин.

Некоторые больные избегают иглоукалывания из-за боязни острых предметов. Таким больным можно посоветовать выполнять прессинг точек, делать точечный массаж или цуботерапию. При точечном массаже воздействие на БАЗ осуществляется посредством подушечек или суставов пальцев, а также палочек из стекла или пластика с закругленными концами. Цуботерапия заключается в том, что к БАЗ прикладываются металлические шарики или зерна растений, закрепляемые на коже посредством пластыря. Эти раздражители не снимаются в течение нескольких часов или даже дней, что обеспечивает максимальный терапевтический эффект.

Из методов альтернативной медицины среди больных большой популярностью в наше время пользуется *гомеопатия*, которая формально ничем не отличается от обычной медикаментозной терапии (аллопатии), поскольку больному так же прописываются препараты, приготовленные на основе растений, животных тканей, неорганических соединений. Гомеопатия, хотя и появилась в 1796 г., проистекает из учения древнегреческого врача-реформатора Гиппократ (V в. до н. э.) и опирается на принцип подобия.

Согласно данному принципу, определенные болезненные симптомы можно устранить тем веществом, которое их вызывает при попадании в организм здорового человека. При этом дозировки всех веществ минимальны, отчего сегодня опыт гомеопатии используется при создании нового направления фармакологии - медицины малых доз.

Отношение к гомеопатии во многих странах (особенно в США, Германии и Австрии) настороженно-недоверчивое: большинство специалистов советуют прибегать к ее помощи лишь после того, как будут использованы официальные методики лечения. К этому совету, который в первую очередь касается острых ситуаций, присоединяются также многие врачи нашей и других стран, где деятельность гомеопатов менее ограничена.

Климатотерапия

Климатотерапия представляет собой отдых и лечение в санаторно-курортной зоне за счет использования так называемых рекреационных природных ресурсов, т. е. факторов окружающей среды, которые в комплексе обладают позитивным воздействием на организм человека. К числу этих факторов относятся ландшафт с его рельефом и растительностью, открытые водоемы, общие микроклиматические условия, такие как температура и влажность воздуха, солнечная радиация, воздушные потоки и т. д.

Больному человеку следует отправляться на восстановление лишь в те санатории, которые порекомендует

врач, поскольку пребывание в других лечебницах может оказаться весьма опасным. Больным строго запрещено отдыхать «дикарями» в курортной зоне. Только санаторий обеспечивает их всеми необходимыми условиями: сбалансированным питанием, процедурами, регулярными медосмотрами, климатопавильонами, лифтами и фуникулерами.

Даже здоровый мужчина, выбирая место для отдыха, должен руководствоваться не личными пристрастиями, а медицинскими соображениями, поскольку в неподходящей климатической зоне можно подвергнуть организм существенным перегрузкам и спровоцировать развитие какого-либо заболевания. Очень многим полезен отдых у моря, на чем основаны методы талассотерапии - лечения морскими водами, солями и воздухом. Однако у значительного числа людей соленый воздух вызывает бурную аллергическую реакцию.

С климатотерапией тесно связано *водолечение* (гидротерапия), поскольку оно предполагает купание в море и водах подземных источников. Прием лечебных ванн является неотъемлемой частью программы санаторно-курортного лечения. Однако многие процедуры (ванны, души) можно проводить и вне этой программы в зависимости от показаний.

Глава 2

УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Урология (от латинского «урина» - моча) - это раздел медицины, посвященный мочевыделительной системе и занимающийся также заболеваниями мужских половых органов, которые участвуют в выведении мочи из организма. Половая система представлена такими органами, как пенис (половой член), яички (семенники), простата (предстательная железа) и ряд других желез. Мочевыделительная система включает в себя почки, мочеточники, мочевой пузырь и проходящую внутри пениса уретру (мочеиспускательный канал).

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО МУЖСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сугубо мужские урологические заболевания - это заболевания гениталий. Главная функция мужских половых органов заключается в выработке гормонов и спермы. Сперма образуется при смешении семени (сперматозоидов) из яичек и жидкого секрета (семенной жидкости) простаты и связанных с ней желез. Выброс спермы через выходное отверстие уретры на головке полового члена происходит во время сексуального сношения или мастурбации. Болезни гениталий затрудняют или делают невозможной половую жизнь, а также ухудшают качество спермы, провоцируя развитие мужского бесплодия.

Баланопостит

Баланопостит представляет собой смешанный воспалительный процесс, в который вовлекаются головка полового члена и внутренний листок крайней плоти. Это заболевание иногда протекает в форме баланита или постита. В первом случае поражается только головка пениса, во втором - только крайняя плоть. Гораздо чаще воспаление является сочетанным и заболевание протекает в форме *ирритантного баланопостита*.

Ведущим провоцирующим фактором выступает застой содержимого препуциального мешка, представляющего собой кожный чехольчик, скрывающий головку полового члена. Здесь скапливаются остатки мочи, выделяющаяся из особых желез смегма (вещество, уменьшающее трение между головкой и кожей препуциального мешка) и продукты ее распада, так называемые смегмалиты. Особенно высок риск развития баланопостита у больных сахарным диабетом по причине содержания в моче большого количества сахара, а также у больных гонорейным или трихомонадным уретритом вследствие загрязнения головки и крайней плоти гнойными выделениями из мочеиспускательного канала.

Кроме того, к числу причин ирритантного баланопостита относятся такие раздражающие факторы, как частая мастурбация, узость крайней плоти, частое мытье головки мылом (ее следует обмывать чистой водой), сухость влагалища партнерши.

Баланопостит не всегда принимает характер инфекционного заболевания, однако очень часто к воспалительному процессу присоединяется инфекция, что необходимо учитывать при лечении болезни. В качестве возбудителей заболевания выступают бактерии (стафило- и стрептококки, протей, кишечная палочка), вирусы (герпес), несколько реже - дрожжевые грибки, которые вызывают кандидозный баланопостит (см. главу 6).

Первичными признаками заболевания являются краснота и губчатость кожи в пораженной области, отечность головки и крайней плоти, серозные или серозно-гнойные выделения из препуциального мешка.

Больной жалуется на зуд в области гениталий, общее недомогание. При ощупывании паха обнаруживается увеличение лимфатических узлов.

В случае дальнейшего прогрессирования заболевания отмечаются эрозия и слущивание кожи. Вокруг пораженных участков возникает характерная бахрома белого цвета. Тяжелое течение ирритантного баланопостита, отмечаемое в запущенных случаях, выражается в значительных изъязвлениях и повреждениях полового члена. Заболевание переходит в язвенную форму.

В запущенных случаях заболевание осложняется сужением и рубцеванием крайней плоти с последующим ущемлением головки (фимозом и парафимозом), воспалением мочеиспускательного канала (уретритом) и гангренозными явлениями. Хронический баланопостит может осложняться ороговением покровной ткани головки и крайней плоти (лейкоплакией). Наиболее тяжелыми последствиями баланопостита при отсутствии лечения являются воспаление лимфатических сосудов полового члена (лимфангит), воспаление паховых лимфоузлов (паховый лимфаденит) и гангрена полового члена.

Лечение ирритантного баланопостита консервативное, если отсутствуют фимоз и парафимоз. Показан прием внутрь препаратов, устраняющих воспалительные явления, подавляющих активность болезнетворных микробов и благоприятно влияющих на функциональное состояние мочеполовой системы: бисептола, невидграмона, нитроксилина, олететрина, фурагина, эритромицина.

Местные процедуры, проводимые в домашних условиях с разрешения врача, включают в себя главным образом принимаемые 2-3 раза в день ванночки с раствором перманганата калия (взять на кончике чайной ложки и всыпать в литровую банку), риванола (1/4 ч. ложки на 1 л воды), диоксидина (1 г на 100 мл воды) или фурацилина (0,2 мл вещества на 1 л воды).

Когда принимается ванночка, головка пениса должна быть обнажена. После ванночки крайнюю плоть и

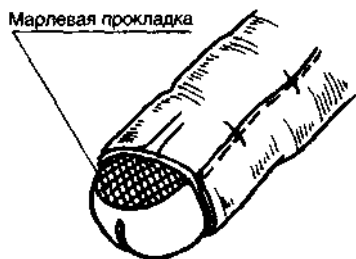


Рис. 1. Наложение марлевых прокладок при лечении баланопостита

рабората в глицерине (20 %), нитрата серебра (1 %) и метиленового синего (1 %). Также показаны присыпки - дерматол или тальк с танином.

Профилактические меры заключаются в соблюдении правил гигиены промежности гениталий. Избегать скоплений в складках кожи полового члена помогает регулярный туалет половых органов, включающий обнажение и омывание головки теплой водой без мыла. Кроме того, препуциальный мешок нужно обмывать водой до и после полового сношения. Важным элементом профилактики ирритантного баланопостита является своевременное и эффективное лечение фимоза, сахарного диабета и уретрита.

Многочисленны случаи, когда воспаление головки и крайней плоти возникает не под воздействием внешних раздражающих факторов, а вследствие проникновения в ткани пениса вирусной инфекции. По возбудителю заболевания - вирусу герпеса - оно получило название *герпетического баланопостита*.

Существуют два типа герпеса. Один из них, вызываемый вирусом герпес простой I, передающийся воздушно-капельным путем (при кашле, чихании), в просторечии называют простудой. Это молодая мутация микроба, появившаяся всего 10 млн лет назад. Другой тип - более древний — передающийся половым путем герпес II (генитальный), который отмечается как у мужчин, так и у женщин и поражает преимущественно половые органы.

головку следует осторожно осушить марлей. Затем необходимо либо обработать пораженную область антисептиком, либо приложить к головке с двух сторон марлевые прокладки, смоченные в антисептике, а затем закрыть ее препуциальным мешком. Рекомендуются антисептические препараты представляют собой растворы натрия тетра-

Инфицирование происходит при любой форме сексуального сношения: генитальном контакте, оральном и анальном сексе. Признаки инфекции возникают менее чем через неделю после заражения, реже - спустя более длительный срок (до 3 недель). У мужчин генитальный герпес проявляется на разных стадиях болезни неодинаково.

Первоначально у больного отмечаются повышение температуры, слабость и тошнота. Он жалуется на головные боли и боли внизу живота, нередко весьма интенсивные. При ощупывании паховой области несложно обнаружить под кожей разбухшие узелки. Это увеличенные в результате инфицирования лимфатические узлы. Прикосновение к таким узелкам всегда болезненно. Подобные проявления могут отмечаться и при ряде других заболеваний, поэтому необходимо пройти специальное медобследование.

На следующей стадии развития герпеса наблюдаются высыпания на гениталиях, сосредоточенные преимущественно на головке полового члена и крайней плоти, т. е. развивается собственно баланопостит. Также герпетические высыпания заметны на ягодицах, в промежности, нижней части живота (иногда наблюдается и обычная простуда на губах). Перед тем как появятся высыпания, у мужчины может резко подняться температура, которая, однако, держится недолго. Обычно уже на 2-3-й день она снижается, состояние больного стабилизируется, прежние боли проходят.

Главный компонент герпетической сыпи на половом члене - пузырьки, заполненные прозрачной жидкостью, которая через несколько дней делается мутной. После того как пузырьки лопаются, на их месте остаются эрозии или неглубокие язвочки, постепенно ссыхающиеся и образующие сплошную корочку. Со временем корочка отпадает, не оставляя после себя рубцов. Эти высыпания иногда напоминают сифилитические, чем очень пугают больного. Для подтверждения сифилиса требуется пройти тест, например сдать кровь на реакцию Вассермана (RW).

В процессе трения пениса об одежду и бедра пораженная кожа на нем раздражается еще больше, что причиняет мужчине боль. Иногда высыпания отмечаются в области ануса (как правило, возникают при анальном сексе), они особенно болезненны. Спустя 12 дней с момента появления высыпаний все симптомы полностью проходят. Однако это служит плохим утешением для больного, поскольку вирус остается в организме. Впоследствии периодически отмечаются частые обострения, которые бывают спровоцированы простудой, переутомлением, стрессами и элементарным раздражением пениса (в результате ношения тесного белья, частой мастурбации и т. д.).

Герпес — «болезнь настроения», его повторные приступы возникают тем чаще и протекают тем сильнее, чем больше мужчина подавлен.

А настроение обычно ухудшается из-за того, что заболевание причиняет боль, лишает возможности вести полноценную половую жизнь, мешает нормальному общению с женщинами. В результате больной становится замкнутым, угрюмым, у него развивается депрессия, которая может привести к неврастению. Вот почему тщательное лечение герпеса обязательно.

Нередко заболевание протекает почти бессимптомно. Обращают на себя внимание только покраснение и слабая отечность полового члена. Однако и такой герпес очень опасен, поскольку он принимает хроническое течение с периодическими рецидивами. Эти рецидивы протекают без свойственной для герпеса сыпи, отмечаются только покраснение и отечность кожи головки. При хроническом генитальном герпесе кожа головки обретает чрезмерную чувствительность, из-за чего мужчину беспокоят спонтанные эрекции и повышенная сексуальная возбудимость. Заболевание принимает форму хронического ирритантного баланопостита, который называется также постгерпетическим.

Последствиями запущенной генитальной герпесной инфекции становятся простатит (с сильными болями в промежности), цистит (с резко болезненным и частым мочеиспусканием) и даже рак предстательной железы.

Методы лечения инфекции подбираются врачом строго индивидуально, обычно с учетом данных, которые были получены в ходе исследований процесса размножения на культуре тканей вирусов, взятых у больного. Каждая генерация этих микробов по-своему неповторима, поэтому выбор подходящего противовирусного препарата (герпетическая вакцина, виroleкс, антигерпетический иммуноглобулин и т. д.) сопряжен с известными трудностями. Иногда бывает необходимо дополнительное аппаратное лечение с применением гелионеонового лазера.

Самостоятельно, хотя и обязательно под наблюдением врача, можно применять иммуномодуляторы, повышающие естественные защитные силы организма. Два наиболее действенных средства из этой группы — ридостин и неовир. Удобнее всего самостоятельно проводить местное лечение. Оно сводится к обработке головки полового члена и крайней плоти (при необходимости еще и ануса) мазями, способствующими скорейшему заживлению язвочек. К числу этих мазей относятся алпизарин, бонафон, госсипол и некоторые другие.

У многих дома всегда имеется оксолиновая мазь, которая также полезна при герпесе. Она может использоваться как при обработке гениталий, так и при обработке губ. Особо рекомендуется для лечения пораженных участков на пенисе мазь триаптен (3 %). Ее нужно применять начиная с первых же дней, когда были отмечены симптомы заболевания, благодаря чему нередко удается предотвратить появление высыпаний.

Во время каждого обострения герпеса желательно использовать препарат ацидофильной палочки, который принимают по 4 капсулы 6 раз в день. После того как обострение миновало и наступил восстановительный период, дозировку препарата снижают до 2 капсул 3 раза в день.

Кроме того, на фазе обострения необходима витаминотерапия, поскольку болезнь отнимает много сил и ослабляет иммунитет. Желательно использовать комплексные препараты, содержащие не только полный витаминный комплекс, но и ценные микроэлементы

(витрум, компливит, центрум и т. д.). Однако если больной внимательно следит за своим рационом, то можно ограничиться приемом отдельных добавок - аскорбиновой кислоты, каротина, магния, кальция и цинка.

Питанию нужно уделить особое внимание. Ежедневное меню должно быть сбалансированным в плане калорийности. Важно, чтобы оно включало блюда из витаминосодержащих продуктов. Необходимо предельно снизить потребление сахара и сладких кушаний, спиртного, молока, мучных изделий, говядины, куриного мяса, помидоров, гороха, орехов, подсолнечных семечек, цитрусовых, а также шоколада и кофе. Если без какого-нибудь из перечисленных продуктов можно вовсе обойтись в период обострения, то стоит полностью исключить его из своего меню.

Природными источниками витамина С (аскорбиновой кислоты), разрешенными к употреблению, являются ягоды черной и красной смородины, крыжовник, многие фрукты, шиповник, зеленые овощи. Источником каротина (провитамина А) служат салат, кабачки, морковь, абрикосы, персики, хурма, ягоды облепихи.

Профилактические меры при герпесе заключаются в обработке половых органов мирамистином или биглюконатом хлоргексидина после сношения с новой партнершей. Американские специалисты рекомендуют выполнять такую обработку в первые 2 ч после коитуса. Из презервативов следует выбирать для защиты от герпеса исключительно Durex, покрытый слоем смазки, в состав которой входит вещество ноноксинол-9.

Наблюдение врача за развитием болезни имеет большое значение, поскольку при переходе герпетического баланопостита в ирритантный постгерпетический методика лечения резко меняется. Применять противогерпетические мази уже нельзя, т. к. при ирритантном баланопостите они раздражают кожу головки и провоцируют обострение. Теперь следует использовать мази с кортикостероидами, противопоказанные ранее, при курсе местного лечения генитального герпеса.

Эпидидимоорхит

Эпидидимоорхитом называется сочетанное воспаление яичек и их придатков. Нередко воспалительный процесс охватывает либо только придатки, либо только яички. В первом случае заболевание протекает в форме эпидидимита, а во втором - в форме орхита.

Эпидидимит развивается, как правило, в результате инфицирования. Занос болезнетворных микробов осуществляется через кровеносные сосуды или семявыносящие протоки. Возбудителями инфекции выступают гонококки, туберкулезная палочка, стрептококки, стафилококки, реже - прочие виды бактерий. Это позволяет разделить инфекционный эпидидимит на специфический (туберкулезный, гонорейный, трихомонадный, бруцеллезный, сифилитический) и неспецифический (прочие бактерии). Возникновение воспаления вследствие раздражения тканей наблюдается крайне редко.

Риск заболевания возрастает при непривычном физическом напряжении, включающем в первую очередь такой род трудовой деятельности, которым раньше заниматься не приходилось. В числе других факторов необходимо назвать нерациональное лечение инфекций, частые эрекции без последующего семяизвержения, инструментальные вмешательства вроде катетеризации мочевого пузыря.

Эпидидимит как осложнение гонореи, туберкулеза или любой другой специфической инфекции протекает в острой форме. Клиническая картина острого эпидидимита включает в себя высокую температуру, озноб, ярко выраженную отечность кожи мошонки, увеличение и болезненность придатка (эти признаки обнаруживаются на ощупь), а также сильные боли, охватывающие мошонку и паховую область. Мошоночные боли при одностороннем поражении локализованы в области патологического очага. Это свойственно преимущественно гонорейному воспалению.

При специфическом эпидидимите в период активного протекания воспалительного процесса количество гнойных выделений из мочеиспускательного канала, которые типичны для подавляющего большинства по-

ловых инфекций, становится крайне незначительным. Иногда такие выделения полностью отсутствуют.

Неспецифические эпидидимиты, вызываемые стрепто- или стафилококковой инфекцией, протекают обычно в подострой форме, для которой характерны недомогание и слабость больного. Увеличение придатка обнаруживается не сразу, т. к. его размеры изменяются медленно.

Если патологический процесс при острой или подострой форме не удалось полностью и своевременно подавить, то он приводит к возникновению хронического эпидидимита (чаще всего имеющего неспецифическую природу). Температура тела при хроническом течении заболевания нормальная. Ощупывание мошонки позволяет выявить увеличение пораженного придатка, который четко отграничивается от яичка.

Для эпидидимитов (особенно неспецифических) типично вовлечение в процесс семенного канатика и семявыносящего протока, а при осложненном течении - и яичка. Чаще всего поражение яичка отмечается в результате туберкулезного эпидидимита, который спустя длительное время приводит к возникновению мошоночных свищей. Осложнением острого эпидидимита является образование рубцов придатка и семявыносящего протока, препятствующих продвижению семени. Поэтому при двустороннем эпидидимите в 75 % случаев наступает бесплодие.

Хирургическое лечение эпидидимита практикуется сравнительно редко. Показаниями для оперативного вмешательства служат, во-первых, тяжело протекающая туберкулезная инфекция, а во-вторых, отсутствие результатов при консервативном лечении. В некоторых случаях операция назначается в целях предупреждения заболевания второго придатка.

Лечение острого эпидидимита в домашних условиях не допускается, однако существует комплекс мер по оказанию доврачебной помощи во время болевого приступа. В этот комплекс включаются постельный режим и меры по купированию боли. Снижению болей способствует тепло в области мошонки и паха (в виде

грелок с горячей водой или теплых вазелиновых компрессов). Холод противопоказан, за исключением нестерпимых болей, когда допускается на недолгое время применять холодный компресс.

В домашних условиях после выписки из стационара больной проходит курс медикаментозной терапии в целях окончательного устранения воспалительных явлений и предупреждения нагноения придатка. При неспецифической инфекции рекомендованы сульфаниламидные препараты, принимать которые требуется осторожно - только назначенные врачом наименования и только в прописанной дозировке. Также могут использоваться антибиотики.

Когда эпидидимит вызван гонореей, сифилисом или трихомонозом, сульфаниламиды почти не применяются, а используются антибиотические средства, подавляющие возбудителя. Рекомендуются препараты - доксацилин, тетрацилин, эритромицин или, преимущественно для лиц пожилого возраста, бактрим, бисептол или септрин.

На протяжении всего срока лечения необходимо во избежание осложнений и усиления болезненных явлений соблюдать определенные правила: отказаться от половой жизни, не употреблять алкоголь, исключить из своего рациона острые блюда. Инфильтрат (уплотнение) в области придатка сохраняется довольно долго, до 2 месяцев. Его скорейшему рассасыванию способствуют тепловые процедуры, которые рекомендуются больному после выписки из стационара. Они обычно сводятся к парафинотерапии, грязелечению, озокеритолечению или диатермии.

По мере лечения болезни отмечается изменение ее симптоматики. Температура снижается и даже при последующих возможных колебаниях редко поднимается выше 37,5 °C (никогда до 38 °C). Самочувствие больного удовлетворительное. О подавлении воспалительного процесса в придатках при специфическом эпидидимите может свидетельствовать возобновление гноетечения из уретры (если ранее, до появления эпидидимита, отмечались гнойные выделения). Выздоровление на-

ступает обычно спустя 5-7 дней, а при эффективном лечении - еще раньше.

Профилактика эпидидимита предполагает предупреждение травм мошонки, что требует соблюдения техники безопасности при работе с инструментами, ношения во время занятий спортом удобной одежды, исключающей падения, и т. д. Также требуется защищать организм, особенно мошонку и паховую область, от переохлаждений. Желательно отказаться от практики прерванного полового акта, который провоцирует возникновение застойных явлений в области малого таза и переполнение придатков, что является причиной развития воспалительного процесса.

Изолированное воспаление яичка, или *орхит*, возникает чаще всего вследствие проникновения в мошонку по кровотоку нисходящей инфекции из отдаленных очагов, из которых основными являются органы дыхания. Типичны случаи развития орхита в результате перенесенной пневмонии или ОРВИ. Также гематогенным путем проникает в яичко вирусная инфекция при паротите (свинке).

Гораздо реже происходит переход воспаления из ближних очагов через придаток и семявыносящий проток, что наблюдается при простатите, эпидидимите и ряде других заболеваний. Половые инфекции обычно поражают придаток и редко проникают в яичко, за исключением сифилиса, возбудитель которого действует прямо противоположно, т. е. заражает яичко и почти не затрагивает придаток.

Орхит в остром течении характеризуется внезапным проявлением своих симптомов, к которым относятся сильная и длительная боль в пораженном яичке, увеличение его размеров, отек и покраснение кожи мошонки, очень высокая температура, сопровождающаяся ознобами.

Из острой формы заболевание может перейти в хроническую, однако в некоторых случаях, а именно при сифилитической или туберкулезной инфекции, оно сразу принимает хроническое течение, при котором симптоматика выражена слабее. В тяжело протекаю-

щих или запущенных случаях воспалительный процесс переходит в нагноение, при этом гнойник разрастается и охватывает область прилегающих к яичку тканей, в т. ч. вызывает перфорацию кожи на мошонке, в результате чего происходит образование свища.

Осложнением орхита является в некоторых случаях эпидидимоорхит, при этом заболевание протекает как эпидидимоорхит. Также при орхите почти неизбежно поражение функциональной ткани яичка. В последнем случае имеет место атрофия сперматогенного эпителия, что влечет за собой прекращение выработки гамет (половых клеток) семенником. Поэтому при двустороннем орхите у мужчины развивается бесплодие, осложненное нарушением секреторной функции семенников. Особенно опасно нагноение, поскольку при разрастании гнойника происходит полное отмирание функциональной ткани яичка.

Радикальное лечение требуется нечасто - при риске двустороннего воспаления, нагноении, свищах. Больному показан строгий постельный режим. Мошонке придается возвышенное положение, для чего под нее подкладывается комок ваты, бинт, матерчатый валик и т. д. Для купирования сильной боли на мошонку и паховую область ненадолго ставятся холодные компрессы. Если боль можно терпеть, лучше всего использовать тепло (грелки и т. д.). Врач после проведения основного лечения прописывает прием антибиотиков и сульфаниламидов в зависимости от вида возбудителя инфекции.

Одним из ведущих признаков подавления воспалительного процесса следует назвать затихание болей и, спустя 2-3 дня, заметное снижение температуры (хотя она может еще какое-то время держаться в пределах 37,5 °C). Размеры яичка, однако, долго остаются увеличенными.

Профилактика орхита заключается в своевременном лечении инфекций, эпидидимитов и заболеваний предстательной железы, в первую очередь таких, как простатит и аденома. Важную роль в предупреждении двусторонних орхитов играет серопрофилактика свинки у мальчиков.

Простатитисопутствующиезаболевания

Существует много форм простатита, поскольку воспалительный процесс предстательной железы может быть связан с раздражением, инфекцией или застойными явлениями. Воспаление простаты - самое распространенное андрологическое заболевание. Чаще всего оно обусловлено проникновением в предстательную железу инфекции из пораженных внутренних органов, в первую очередь мочевого пузыря, уретры, прямой кишки, легких, зубов (при кариесе).

При болезнях мочеполовой системы простатит обычно выступает в качестве осложнения инфекций, передающихся половым путем, в особенности хламидиоза, трихомоноза и микоплазмоза. В числе наиболее типичных причин инфекционного простатита необходимо назвать генитальный герпес, протекающий первоначально в форме герпетического баланопостита.

Возникновение воспалительного процесса провоцируют такие факторы, как запоры, каловые завалы, малоподвижный образ жизни, длительное половое воздержание (либо, напротив, патологически повышенная половая активность), переохлаждение и, несколько реже, угнетение иммунной системы вследствие усталости, недосыпания, нерегулярного питания.

Клиническая картина острого простатита включает в себя в первую очередь интенсивные боли в паховой области, промежности и вокруг ануса, которые усиливаются при мочеиспускании и дефекации. Другим важным симптомом является лихорадочное состояние, развивающееся при повышении температуры до 38-39 °С. Хроническую форму принимает, как считается урологами, только инфекционный простатит. Его симптомами являются незначительные выделения из уретры и дискомфорт во время мочеиспускания и дефекации.

Осложнения простатита многочисленны, ведущим из них является везикулит — острое или хроническое (часто гонорейное) воспаление семенных пузырьков. Везикулит крайне редко возникает автономно, обычно он сопутствует простатиту, отчего заболевание проте-

кает в форме *простатовезикулита*. Ведущим признаком инфицирования семенных пузырьков выступают частые поллюции, при этом в эякуляте нередко содержится кровь. Также для везикулита свойственна болезненность при эрекции.

Прочие осложнения простатита включают в себя абсцесс предстательной железы, воспалительные заболевания верхних мочевых путей, уретриты, нарушения эрекции и эякуляции, а также бесплодие, которое возникает вследствие патологических изменений кислотности и концентрации ферментов семенной жидкости, из-за чего происходят слипание и гибель сперматозоидов.

Лечение большинства простатитов консервативное. Оно включает сидячие ванны с горячей водой, теплые клизмы, прием болеутоляющих средств. От больного требуется строгое соблюдение правил личной гигиены. Немаловажную роль играет оптимальная диета, поскольку она способствует нормализации стула: нерегулярное опорожнение кишечника создает давление на простату, способствуя раздражению железы. Застойные явления устраняются посредством ежедневно проводимого массажа промежности и периодического, до 2 раз в неделю, опорожнения железы в результате мастурбации (при эякуляции выводится секрет простаты).

При простатовезикулите обязателен физический и психологический покой. Показаны теплые клизмы для очищения кишечника. Параллельно проводится лечение уретры, через которую выводится патологический секрет семенных пузырьков.

Подбор медикаментозных средств осуществляется с помощью уролога или андролога. Из рекомендуемых препаратов следует в первую очередь назвать простатин, а также биологически активные добавки средства на основе крапивы, масло тыквенных семечек и витамин А (каротин). Почти все перечисленные действующие начала являются компонентами препарата «Прост Плас», содержащего также аминокислоты и Цинк, необходимые для продуцирования простатой

здорового секрета. При острых инфекционных простатитах показаны к применению добавки на основе чеснока и эхинацеи, принимаемые в течение 7-10 дней.

Биологически активные добавки, витаминные комплексы с каротином и цинком показаны и в профилактических целях лицам, страдающим воспалительным заболеванием мочеполовой системы (особенно половой инфекцией), или людям, которые в силу профессиональной деятельности подвержены риску заболеть простатитом.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО МУЖСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

К этой группе болезней отнесены разнообразные уретриты, поскольку они встречаются чаще всего у мужчин. Уретра очень слабо обсеменена микроорганизмами, во много раз меньше, чем ротовая полость.

Однако мочеиспускательный канал мужчин на 10-20 см длиннее, чем у женщин, вследствие чего его слизистая оболочка подвергается большему риску быть атакованной патогенными микроорганизмами. Воспаление слизистой оболочки уретры возникает, кроме того, и под влиянием ряда других факторов.

Уретриты

Уретриты - большая группа заболеваний, представляющих различные формы воспаления, которое поражает слизистую оболочку мочеиспускательного канала. В зависимости от этиологии заболевания подразделяются на инфекционные и неинфекционные, причем инфекционные включают в себя специфические и неспецифические. Специфические вызываются гонококками и трихомонадами. Возбудителями неспецифических уретритов являются прочие виды микроорганизмов.

Причиной *неинфекционного уретрита* выступают травмы, аллергические реакции, обменные нарушения, опухоли мочеиспускательного канала, а также застойные явления в венах органов малого таза и наруж-

ных половых органах. Заболевание может быть спровоцировано введением в уретру недостаточно асептических инструментов во время урологического обследования или лечения либо инородных тел с целью мастурбации. Иногда развитие неинфекционного уретрита происходит вследствие длительной верховой езды, а также езды на мотоцикле или велосипеде.

В известной степени появлению уретрита неинфекционной природы способствуют изменения кислотно-щелочного баланса мочи (оксалурия, фосфатурия, уратурия), особенно при мочекаменной болезни, а также наличие сахара в моче при сахарном диабете.

Признаки неинфекционного уретрита включают в себя жжение и зуд в области уретры, усиливающиеся при мочеиспускании. Течение болезни обычно вялое, но возможны вспышки воспалительного процесса, при которых наблюдается обширный отек полового члена, нередко затрудняющий мочеиспускание. Лечение этого вида уретритов заключается в устранении раздражающего фактора и использовании противовоспалительных препаратов.

Инфекционные уретриты развиваются в результате заноса инфекции или как осложнение неинфекционных. В большинстве случаев заражение происходит половым путем. Наибольшему риску подвергаются мужчины, вступающие в интимные отношения с женщиной в период менструации, после родов (аборта) или с партнершей, страдающей гинекологическим заболеванием с обильным выделением белей.

Осложнения запущенных инфекционных уретритов представлены простатитом, обычно осложненным воспалением семенных пузырьков (простатовезикулитом) или яичка, и баланитом, развивающимся впоследствии в баланопостит. Частым последствием воспаления мочеиспускательного канала является его сужение, так называемая стриктура уретры. При трихомонозе и гонорее отмечается формирование множественных сужений мочеиспускательного канала, иногда делающих невозможным акт мочеиспускания. При восходящей трихомонадной инфекции существует риск разви-

тия воспаления верхних мочевых путей, в первую очередь в форме пиелонефрита. Запущенная гонорея быстро поражает весь организм.

Инфекционные неспецифические уретриты протекают как острые, торпидные и хронические в зависимости от интенсивности проявления симптомов. При остром уретрите длительность периода с момента заражения до появления признаков обычно невелика, она составляет всего несколько часов, однако в некоторых случаях может достигать и нескольких месяцев.

Важнейшим симптомом являются обильные выделения из мочеиспускательного канала, которые нередко ссыхаются в желтоватые корки на головке полового члена. Сжатие пениса пальцами выявляет утолщенность и болезненность уретры, губки которой отекают и приобретают ярко-красный цвет. Акт мочеиспускания сопровождается ощущением жжения и боли. Первая порция мочи мутная, содержит длинные нити гноя.

В некоторых случаях происходит увеличение головки полового члена, отчего пенис приобретает грибовидную форму. Во время утренней эрекции, вызванной позывом к мочеиспусканию, бывает хорошо заметно искривление члена.

Когда очаг воспаления локализуется в задней части уретры, симптоматика несколько меняется: выделения становятся более скудными, зато учащаются позывы к мочеиспусканию. По завершении акта мочеиспускания ощущается резкая боль. Последняя порция мочи иногда содержит кровь.

Клиническая картина торпидного и хронического уретритов одинакова, так что диагностировать их может врач. Ощущения мужчины не очень болезненны, главным образом сводятся к зуду и дискомфорту в области уретры. Происходит слипание губок мочеиспускательного канала. Обычно первая порция мочи прозрачная, крайне редко в ней наблюдаются нити гноя.

Методы лечения зависят от вида возбудителя, т. е. предполагают предварительное проведение медобследования. Общее лечение уретрита включает антибактериальную терапию и повышение иммунитета. Местное

лечение заключается в введении в мочеиспускательный канал лекарственных веществ, обладающих антимикробным и противовоспалительным действием.

Антибактериальная терапия опирается на использование антибиотиков типа бензилпенициллина, левомицетина и эритромицина, которые назначаются в определенной дозировке и сочетании в зависимости от чувствительности выделенного возбудителя. При стафилококковом уретрите прием антибиотиков и химических препаратов не дает результатов. В этом случае показаны внутримышечные инъекции стафилококкового бета-глобулина и стафилококкового анатоксина, часто в комплексе с иммунотерапией (метилурацил и т. д.).

Среди наиболее характерных половых инфекций, протекающих преимущественно в форме неспецифического уретрита, числится и *микоплазмоз*, вызываемый микоплазмами, представляющими собой микроорганизмы, систематика которых окончательно не выяснена: ученые пока не знают, относятся ли они к бактериям или к каким-либо другим микробам. Половой тракт поражают 3 вида микоплазм. Их характерной особенностью является то, что они способны существовать в человеческом организме на протяжении длительного времени, никак себя не проявляя, хотя обычно инкубационный период составляет 2 месяца.

Симптоматика микоплазмоза ничем не отличается от прочих форм уретрита, поэтому диагностировать данную инфекцию можно лишь лабораторными способами. Лечение проводится с применением традиционных антибиотиков, однако схема их приема подбирается врачом индивидуально, с учетом степени активности микробов. Попутно проводятся курс лечения иммуномодуляторами и местные промывания уретры. Запущенный микоплазмоз чреват простатитом, воспалительными заболеваниями почек и иногда баланопоститом.

Другой причиной уретрита у мужчин является *гарднереллез* - инфекционное заболевание, вызываемое малоизученным микроорганизмом гарднереллой влагалищной (назван так потому, что впервые был об-

наружен в образцах микрофлоры из женского полового тракта). Данная инфекция считается сравнительно редкой, поскольку гарднереллы малоактивны. Однако они представляют большую опасность для организма, ослабленного затянувшейся простудой или гриппом. Длительный прием антибиотиков также провоцирует всплеск активности гарднерелл.

В подобной ситуации они поражают уретру и при отсутствии должного лечения способны перекинуться на простату, что означает развитие простатита. Гарднереллез - фоновая инфекция, т. е. она всегда проявляет себя на фоне другого инфекционного заболевания. Поэтому, если мочевыводящие пути мужчины поражены гарднереллами, это означает, что в мочеполовой системе присутствует и другая инфекция. Как правило, гарднереллы соседствуют с хламидиями, трихомонадами, уреаплазмами и гонококками.

Нужно заметить, что уретриты, вызываемые гарднереллами, нередко протекают очень вяло. Мужчину могут беспокоить слабые неприятные ощущения во время мочеиспускания, на которые он подчас просто отказывается обращать внимание. Такие слабые уретриты опаснее всего, поскольку они в большинстве случаев оказываются запущенными.

Лечение гарднереллеза необходимо начать с восстановления иммунитета и с борьбы с теми инфекциями, которые спровоцировали рост активности гарднерелл. Если уретрит возник во время простуды, то в первую очередь необходимо принять меры по ее лечению. Попутно нужно выявить, какой еще микроорганизм вызвал воспалительный процесс в мочеполовой системе. Возможно, гарднереллез соседствует с хламидиозом или с трихомониазом. Следовательно, сначала нужно избавиться от хламидиоза (трихомониаза) и лишь потом имеет смысл приступать к подавлению гарднереллезной инфекции.

Курс лечения непосредственно гарднереллеза длится порядка 3-4 недель. Препараты, угнетающие активность гарднерелл, представлены в первую очередь доксициклином, тетрациклином и тинидазолом. Их

дозировку устанавливает врач, выявивший наличие данной инфекции. Иногда назначаются таривид, ципролет и цифран, но они менее эффективны против этих микробов. Что касается коррекции иммунитета, то наилучшее средство для этого при гарднереллезе — иммунал.

Впрочем, этот препарат не всегда бывает необходим, так что прежде чем начать принимать его, следует посоветоваться со специалистом. Не требуется консультация у врача, чтобы пройти небольшой курс витаминотерапии. Достаточно просто следовать указаниям на листочке-вкладыше, имеющемся в коробочке с витаминами, например компливитом или витрумом.

Специфические уретриты разделяются на гонорейные (вызываются бактерией гонококком) и трихомонадные (вызываются трихомонадой влагалищной). Симптомы гонорейного уретрита, передающегося мужчине исключительно при половых сношениях, появляются спустя 3-5 дней после заражения. Для острой формы болезни характерны дискомфорт в уретре (особенно при длительной задержке мочеиспускания), обильные выделения и болезненное мочеиспускание. Со временем появляются серовато-желтые гнойные выделения, которые впоследствии становятся густо-желтыми.

Спустя 2 недели в отсутствие должного лечения инфекция поражает заднюю часть уретры, о чем свидетельствует учащенное болезненное мочеиспускание. По прошествии 2 месяцев гонорейный уретрит становится хроническим. Для этой формы характерны незначительные выделения, которые могут быть очень небольшими. Лишь в период обострения наблюдаются те же ярко выраженные симптомы, что и при острой форме.

Неточно диагностировать гонорею в домашних условиях можно при помощи двухстаканной пробы. Утром во время мочеиспускания первая порция мочи отливается в один стакан, а вторая - в другой. При гонорейном уретрите моча первой порции мутная, второй —

прозрачная. При прочих формах уретрита подобное наблюдается редко.

Поскольку гонорея - венерическое заболевание, лечить его следует в кожно-венерологическом диспансере. Лечение длится недолго и оно весьма эффективно, однако подбирается индивидуально (с подбором антибиотиков), поскольку универсальных препаратов против гонококка нет. В домашних условиях проводится местное лечение слабым бледно-розовым раствором марганцовокислого калия.

Признаки улучшения появляются на 2-3-й день лечения уретрита, что выражается уменьшением количества выделений из мочеиспускательного канала. На данном этапе лечения показаны 5-6 промываний уретры слабым раствором марганцовокислого калия.

Трихомонадный уретрит, или трихомоноз (трихомониаз), считается паразитарным заболеванием, поскольку вызывается микроскопическим животным из класса жгутиконосцев - трихомонадой влагалищной, которая поражает исключительно человека. Заболевание крайне редко передается бытовым путем. Чаще всего мужчина заражается при сексуальном контакте, когда в уретру (в силу большой ширины ее отверстия) попадают влагалищные выделения женщины, являющейся носителем инфекции.

Трихомоноз принимает 2 основные формы - истинную и смешанную. Истинная форма характеризуется тем, что уретрит вызван одними лишь трихомонадами. Смешанная форма вызывается смешанной инфекцией, в 50 % случаев спутником трихомонад выступают гонококки.

Самодиагностика смешанной формы затруднена, тогда как на истинный трихомоноз указывают определенные признаки, появляющиеся спустя 5-15 дней после заражения (порой быстрее, через день, а иногда только через месяц). Первыми симптомами являются постоянный зуд и жжение в области головки пениса. Затем отмечается появление слизистых выделений, которые затем становятся слизисто-гнойными. Их цвет желтый, отчего они напоминают выделения при

остром гонорейном уретрите. Спустя 1 месяц или даже немного ранее острые явления исчезают, течение болезни становится вялым.

Курс лечения должны пройти оба зараженных партнера. Мужчине и женщине прописываются препараты, подавляющие трихомонаду, иммуномодуляторы для повышения защитных сил организма и витамины. Главным препаратом против паразитического жгутиконосца является трихомонацид, порошок которого используется для промывания уретры у мужчины (женщина принимает ежедневно по 2 таблетки трихомонацида внутрь).

Также партнеры проходят 10-дневный курс лечения фуразолидоном (таблетки по 0,05 г; для женщин также влагалищные таблетки по 0,5 г) и недельный курс лечения метронидазолом, который содержат препараты клион, орвагил, трихопол и флагил. Если была выявлена смешанная инфекция, то подбор препаратов зависит от вида возбудителя.

При любых формах уретрита на все время курса лечения не рекомендуется продолжать половую жизнь. Сексуальные отношения с партнершей можно возобновить, когда будет установлено полное выздоровление и мужчины, и женщины.

Профилактика ЗППП

Аббревиатура ЗППП означает «заболевания, передающиеся половым путем». Так обозначаются половые инфекции. Меры профилактики почти всех ЗППП и воспалительных заболеваний, которые они вызывают (в первую очередь поражающих мочеполовую систему), в целом сходны.

Один из наиболее надежных способов защиты состоит в том, чтобы избегать случайных связей. Впрочем, есть риск заразиться даже от постоянной партнерши, если ее микрофлора враждебна организму мужчины. Агрессивность микроорганизмов в половом тракте женщины периодически колеблется в ответ на изменения состояния ее здоровья, режима пи-

тания (труда и отдыха), смену сезонов, космические циклы и т. д.

Надежно защищают от большинства видов микробов презервативы известных производителей. В первую очередь необходимо отметить кондомы Durex. Они покрыты смазкой, содержащей ноноксинол-9, который подавляет активность практически всех известных возбудителей ЗППП (некоторые ученые полагают, что это средство эффективно и против ВИЧ-инфекции). Однако нельзя забывать, что против некоторых инфекций презерватив бессилен. В первую очередь это касается микробов, проникающих в организм мужчины при кожном контакте и поцелуях.

Если партнеры не пользуются презервативом, чтобы добиться более ярких ощущений, или мужчина не доверяет ему, нужно позаботиться о приобретении спермицидов и убедить партнершу в их применении. Спермициды - название группы смазок, которые служат средствами контрацепции, поскольку угнетают сперматозоиды. Однако такие защитные смазки способны уничтожить на время полового акта большинство видов микроорганизмов в половых путях женщины. К числу наиболее известных и надежных препаратов этой группы относятся стерилин и фарматекс.

Нельзя забывать об элементарном подмывании теплой водой с мылом после каждого сношения. Это довольно простая и малоэффективная механическая защита, однако в некоторых случаях она бывает достаточной. Подмывание полезно тем, что оно удаляет со складок гениталий естественную смазку из влагалища. Также вода смывает с кожи пениса, промежности, лобка и бедер отшелушившиеся частицы кожи партнерши. Каждая такая частица, хоть она и невидима невооруженным глазом, несет на себе до 23 тыс. бактерий и прочих микроорганизмов! Влагалищная смазка, в свою очередь, является питательной средой для всех видов бактерий и грибов.

Если у мужчины возникли подозрения на то, что он мог заразиться ЗППП, в течение ближайших 2 ч после секса необходимо провести спринцевание и наружную

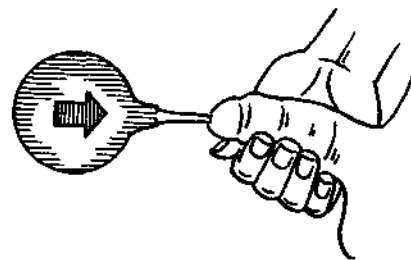


Рис. 2. Спринцевание уретры

обработку гениталий бактерицидными препаратами. Перед проведением обработки нужно помочиться, а затем омыть теплой водой с мылом половой член, мошонку, промежность и внутреннюю поверхность бедер.

Затем следует насухо вытереть кожу и протереть ее тампоном, смоченным в мирамистине (септикоме) или гибитане (биглюконате хлоргексидина). Этими же препаратами можно провести спринцевания уретры. Также для обработки слизистой оболочки уретры предназначается интим-спрей, имеющийся в аптеках и специализированных магазинах.

Следует заметить, что в тех случаях, когда невозможно выполнить в ближайшее время после полового акта какие-либо гигиенические процедуры, мужчине рекомендуется просто помочиться. Моча хорошо промывает уретру, оставляя в ней совсем незначительное количество микроорганизмов.

Недержание мочи

Недержанием мочи называется непроизвольное выделение мочи из мочевого пузыря в результате каких-либо нарушений в организме. Заболевание подразделяется на собственно недержание мочи и энурез, или ночное недержание. Последняя форма наблюдается преимущественно в детском возрасте и свойственна главным образом мальчикам.

У взрослых мужчин собственно *недержание мочи* обусловлено рядом причин, из которых выпадает нату-

живание: непроизвольное выделение мочи в результате физического напряжения, надрывного кашля, сильного смеха и т. д. Оно почти неизвестно в мужской урологии. Между тем у женщин это преобладающая форма болезни. Кроме того, у женщин отмечается неполное (частичное) недержание, которое невозможно у мужчин, поскольку оно развивается вследствие родовой травмы, при резком опущении влагалища и в прочих подобных ситуациях, обусловленных анатомическими и гормональными различиями.

Главные причины непроизвольного мочеиспускания у мужчин - врожденные пороки развития в виде эписпадии и т. д., а также нарушение функций сфинктеров мочевого пузыря и в редких случаях ишурия (хроническая задержка мочи). Протекает заболевание либо с наличием позывов к мочеиспусканию, либо без них. В первом случае, называемом неудержанием мочи, больной испытывает желание помочиться, но не успевает дойти до туалета. Во втором случае выделение мочи происходит незаметно для больного.

Симптомы болезни очевидны, распознавание конкретной формы проводится врачом в ходе диагностики, которая может включать цитоскопию, цистометрию, уретроцистографию, урофлуометрию и некоторые другие виды обследования мочевого пузыря и уретры.

Осложнения болезни сводятся к мацерации кожи, т. е. ее разбуханию и размягчению, а также к развитию местного воспалительного процесса с последующим инфицированием кожных покровов и слизистой оболочки (уретры).

Лечение зависит от конкретной причины заболевания и может включать в себя оперативное вмешательство, физиотерапевтические процедуры, лечебную гимнастику, массаж, прием препаратов, повышающих тонус сфинктеров мочевого пузыря. Больному с подозрением на недержание мочи необходимо обратиться за помощью не только к урологу, но и невропатологу. Обязательным условием лечения большинства форм недержания мочи выступает профилактика инфекций мочевыводящих путей.

Ночной энурез у мальчиков выражается в том, что во время бодрствования ребенок испытывает позывы к мочеиспусканию и ходит в туалет, но во время сна удержать мочу оказывается не в состоянии, поскольку никаких позывов не ощущает. Энурез чаще всего связывают со сравнительно неопасными дисфункциями центральной нервной системы (неврозом мочевого пузыря), однако ребенка, несмотря на это, необходимо показать врачу, поскольку известны случаи развития ночного недержания из более серьезных нарушений.

Лечение болезни консервативное, предполагает применение разных методик, из которых, что нельзя исключать, лишь одна может оказаться достаточно эффективной в данном конкретном случае. В первую очередь мальчику назначаются общеукрепляющие мероприятия, включающие прогулки и игры на свежем воздухе и занятия физкультурой как на улице, так и в спортзале. При этом важно не допускать утомления ребенка.

Что касается ежедневного рациона, то многие специалисты не рекомендуют существенно сокращать количество потребляемой жидкости. Однако мочегонные напитки из меню должны быть полностью исключены. К таким напиткам относятся кофе и травяные чаи.

Вечером, после 17 ч, не следует пить чай и есть фрукты. Значительно ограничивается потребление мясных продуктов.

Больному показана диета Красногорского, которая предполагает употребление перед сном какого-нибудь соленого кушанья в небольшом количестве. Обычно это бутерброды с соленой рыбой, икрой, соленым маслом, солоноватой колбасой и т. д. Вместе с тем соленое нельзя употреблять в любое другое время суток.

Имеют известное значение условия, в которых засыпает больной ребенок. В спальном комнате должно быть тепло, чтобы мальчик не мерз в постели.

Родители с согласия врача могут попробовать применить рефлекторное лечение энуреза. Для этого необходимо определить, в каком часу у ребенка происходит непроизвольное мочеиспускание во время сна. В это

время мальчика нужно каждую ночь будить и предлагать ему сходить в туалет. Нередко случается, что ребенок не в состоянии помочиться по пробуждении, однако, заснув, сразу мочится. Несмотря на это, нужно продолжать будить мальчика в определенный час, поскольку положительный эффект достигается далеко не сразу. Применение метода нежелательно в том случае, если ребенок страдает повышенной нервной возбудимостью.

Применение гипнотерапии допустимо лишь в тех случаях недержания мочи у детей и взрослых, когда специалистами доказана связь заболевания с психическим расстройством и если уже применялись традиционные методы. Естественно, обращаться за помощью нужно не к экстрасенсам и прочим сомнительным целителям, а к квалифицированным гипнотерапевтам. При недостаточной эффективности опробованных методов лечения недержания мочи у детей и взрослых показано использование больными мочеприемника - приспособления для сбора непроизвольно отделяемой мочи.

Профилактика недержания мочи у взрослых и детей заключается в лечении заболеваний мочевого пузыря, неврологических расстройств, связанных с поясничным отделом позвоночника, и фимоза (в первую очередь у детей). Очень важна своевременная профессиональная помощь при психических травмах, т. к. в ее отсутствие высока вероятность развития недержания. В первую очередь сказанное относится к лицам в возрасте от 6 до 50 лет, у которых недержание очень часто обусловлено именно психическими расстройствами, чего не наблюдается у мальчиков, не достигших 6-летнего возраста.

Нерациональное питание и нездоровый образ жизни также способствуют появлению этого заболевания. Очень важно приучиться самому и приучать с малых лет детей регулярно, примерно через каждые 3-4 ч, посещать туалет. Это способствует выработке условного рефлекса, определенной зависимости между актом мочеиспускания и временем суток. Впоследствии такая

зависимость, если она будет достаточно сильной, воспрепятствует развитию болезни при каком-либо психологическом потрясении.

Использование мочеприемника

Чтобы не ухудшать своего состояния, больной, вынужденный пользоваться мочеприемником, должен знать, как правильно применять это приспособление, соблюдая правила гигиены. Мочеприемники бывают для однократного и многократного пользования. В случае выбора многократного приспособления нужно приобретать сразу две штуки: запасной надевается тогда, когда опорожняется использованный.

Мочеприемник в норме должен герметично прилегать к коже, при этом его накладка полностью закрывает отверстие для вывода мочи (стома) и отступает от его краев примерно на 0,5 см. Герметичность соединения необходимо как можно чаще проверять. Для дополнительного закрепления мочеприемника следует прибегнуть к помощи эластичного бинта, которым приспособление нетуго затягивается.

Мочеприемник необходимо опорожнять каждые 2-3 ч через дренажное отверстие, находящееся в его нижней части. Обычно мочеприемник многократного пользования надежно служит 3 дня, иногда - до 6 дней. Дольше носить приспособление не следует, его необходимо заменить на новый.

Немаловажное значение для больного, пользующегося мочеприемником, имеет уход за кожными покровами вокруг стомы. Они должны быть чистыми, благодаря чему устраняется риск раздражения и воспаления. Каждый раз после снятия мочеприемника кожу нужно обмывать водой с мягким мылом, после чего ополаскивать чистой водой и осторожно обсушивать полотенцем или гигиенической салфеткой (тереть кожу воспрещается!).

По завершении описанных манипуляций к стоме на несколько минут прикладывается марлевый тампон, предварительно смоченный в слабом уксусном раство-

ре. Эта мера необходима для предотвращения образования кристаллов мочевой кислоты. Затем на подготовленную стоmu накладывается сухой марлевый тампон для сбора просочившейся мочи. Кожа смазывается защитной силиконовой мазью, после чего стома накрывается сборником мочеприемника.

При появлении на коже следов раздражения или повреждений ее следует, предварительно обмыв и высушив, обработать антацидом, а затем нанести защитную мазь. Если неблагоприятные проявления в ближайшее время не исчезнут, необходимо проконсультироваться со специалистом.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ

Некоторые урологические заболевания, поражающие мочевой пузырь, отмечаются как у мужчин, так и у женщин, поскольку этот орган у представителей и того, и другого пола имеет одинаковое строение. Это округлый, полый внутри орган, предназначенный для накопления мочи, который соединяется с почками благодаря мочеточникам. Мочевой пузырь соединяется с уретрой посредством отверстия, замыкающегося кольцевой мышцей - сфинктером, сходным со сфинктером желудка или ануса. Все различие в приводимых ниже болезнях мочевого пузыря заключается лишь в особенностях их течения.

Задержка мочеиспускания

Задержка мочеиспускания представляет собой полную или частичную невозможность опорожнить мочевой пузырь. Заболевание отчасти напоминает анурию, при которой больной тоже не в состоянии помочиться, однако при анурии прекращается образование мочи в почках, тогда как при задержке мочеиспускания накопление мочи в мочевом пузыре продолжается.

Заболевание отмечается также и у женщин, однако у мужчин оно имеет отличающиеся механизмы развития. Острая задержка мочи у мужчин носит в подав-

ляющем большинстве случаев механический характер, т. е. вызывается наличием механического препятствия току мочи в виде увеличенной предстательной железы. Увеличение простаты происходит при таких заболеваниях, как простатит, аденома, рак и склероз.

Другими механическими препятствиями выступают травмы мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, камни при мочекаменной болезни, опухоль мочевого пузыря, а также закупорка устья уретры кровяным сгустком при внутреннем кровотечении.

Нервно-рефлекторная (динамическая) задержка мочи более типична для женщин. У мужчин эта форма заболевания развивается преимущественно в результате травм промежности, поясничных и тазовых нервов, спинного мозга, что нехарактерно для женщин. Заболевание заключается в возникновении динамического препятствия току мочи в виде спазма кольцевой мышцы (сфинктера), «запирающей» мочевой пузырь.

Симптомы острой задержки очевидны: отсутствие мочеиспускания, увеличение размеров мочевого пузыря, боли в паховой области. Нередко отсутствию мочеиспускания предшествуют затруднения мочеиспускания, частичная задержка мочи, опорожнение мочевого пузыря вялой струей. Переполнение мочевого пузыря, ощущение дискомфорта в нем позволяют отличить задержку мочи от анурии.

Острая задержка мочеиспускания в условиях недостаточного лечения переходит в частичную хроническую задержку, при которой моча выделяется редко, при натуживании, и полного опорожнения мочевого пузыря не происходит. Частичная хроническая задержка в дальнейшем становится полной, которую отличают такие симптомы, как общее недомогание, постоянное чувство жажды, сухость во рту, ухудшение аппетита и иногда слабые почечные боли (в пояснице). Моча произвольно выделяется по каплям, однако мочеиспускания не наблюдается.

Наибольшие осложнения дает полная хроническая задержка мочеиспускания, в результате которой могут развиваться рефлюкс мочи (опасность пиелонефрита),

раздражение стенок мочевого пузыря (опасность цистита) и застойные явления в малом тазу, провоцирующие воспалительные заболевания простаты и других органов.

Радикального лечения обычно не требуется. Чаще всего в терапевтических целях применяются медикаменты, подобранные врачом в зависимости от причин заболевания. Для восстановления мочевыделительной функции применяется, как правило, препарат из экстракта корней крапивы - базатон. В домашних условиях (под обязательным наблюдением уролога) лечатся формы задержки мочеиспускания, обусловленные воспалением мочевого пузыря или предстательной железы. Предупреждение задержки мочи заключается в профилактике заболеваний и травм, при которых нарушается работа мочевыделительных органов.

Цистит хронический

Хронический цистит, представляющий собой воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря, может развиваться в результате мочекаменной болезни, воспалительных заболеваний почек, опухоли мочевого пузыря. Однако у мужчин цистит часто провоцируется такими заболеваниями, которые являются либо исключительно, либо преимущественно мужскими (андрогическими), в первую очередь аденомой простаты и стриктурой уретры.

Симптоматика заболевания включает в себя учащенные позывы к мочеиспусканию и боль при опорожнении мочевого пузыря. Профессиональная диагностика опирается на такой вид урологического обследования, как цитоскопия, позволяющая установить форму и причину цистита и таким образом подобрать оптимальное лечение.

В домашних условиях допустимо проводить назначенные врачом курсы медикаментозной терапии с использованием противовоспалительных и антибактериальных препаратов. Также целесообразно, если нет противопоказаний, отправиться для санаторного лече-

ния на курорты с минеральными водами - в Железноводск или Ессентуки. Воспалительные явления проходят медленно, однако позывы урежаются спустя 1-2 недели. В целом прогноз излечения благоприятный.

Фитотерапия при болезнях мочеполовой сферы

Все лекарственные растения, применяемые при лечении заболеваний мочеполовых органов, можно условно разделить на три группы в зависимости от главного действия активных веществ, которые содержатся в этих растениях: мочегонные (диуретические), противовоспалительные и бактерицидные (антибактериальные). Большинство растений оказывает комплексное действие на мочеполовую систему.

Например, рыльца кукурузы обладают мочегонным и слабым противовоспалительным действием. Из рылец готовятся две лекарственные формы - настой и отвар. Необязательно готовить препараты самостоятельно, достаточно воспользоваться экстрактом кукурузных рылец. Средство принимается по 30 капель 3 раза в день до еды.

Настой кукурузных рылец

4 ст. ложки кукурузных рылец залить 4-5 стаканами кипятка и настаивать в течение 30 мин. Готовый настой процедить и поделить на 4-5 равных порций (по 1 стакану). Принимать внутрь за 20 мин до еды.

Сходным образом готовится и отвар рылец, однако растительное сырье, залитое кипятком, при этом выдерживается на медленном огне в течение 15 мин.

Фитопрепаратами с мочегонным и бактерицидным действием являются средства на основе клюквы, в особенности клюквенный морс. Он способствует выработке печенью гиппуровой кислоты, подавляющей активность патогенных почечных бактерий.

Клюквенный морс

2 ст. ложки свежих ягод клюквы залить 1 стаканом горячей воды, слегка размять и размешать. Перед употреблением можно подсластить. Принимать во время еды.

Средства, включающие плоды можжевельника (так называемые шишкоягоды), обладают ярко выраженным антибактериальным действием благодаря содержащимся в них эфирным маслам сложного химического состава.

Сбор с можжевельником № 1

По 2 дес. ложки шишкоягод можжевельника, корня одуванчика и листьев березы залить 3 стаканами кипятка и настаивать в течение 15 мин. Готовый настой принимать по 1 ст. ложке 3 раза в день до еды. Длительность курса составляет 15 дней, после чего устраивается перерыв и проводится новый, заключительный курс.

Сбор с можжевельником № 2

1 дес. ложку шишкоягод можжевельника, 2 дес. ложки корня стальника, 3 ч. ложки травы лапчатки гусиной и 2 ч. ложки листьев березы залить 2 стаканами кипятка и настаивать до полного остывания.

Полученный препарат применяется по методу фитотерапевта Д. Йорданова. Средство полагается полностью выпить, затем как можно дольше воздерживаться от мочеиспускания. При сильных позывах нужно помочиться, принимая теплую сидячую ванну. Этот настой показан при заболеваниях, обусловленных мочекаменной болезнью, поскольку компоненты сбора способствуют отхождению песка и камней.

Мощным мочегонным и антисептическим действием обладают сборы, включающие толокнянку, или медвежье ушко. Эти препараты снимают воспаление и раздражение, нормализуют кислотно-щелочной баланс мочи, способствуют выведению песка. Толокнянка особенно показана при циститах. Принимать ее вне сборов нежелательно, поскольку она может вызвать раздражение функциональной ткани почек.

Сбор с толокнянкой № 1

По 1 ч. ложке травы грыжника, листьев мяты перечной, плодов петрушки, а также 3 ч. ложки корня стальника и 4 ч. ложки листьев толокнянки залить 2 стаканами кипятка и настаивать 20 мин. Готовый настой принимать по 1/3 стакана 3 раза в день.

Сбор с толокнянкой № 2

1 ч. ложку травы чистотела, 2 ч. ложки травы петрушки и 2 дес. ложки листьев толокнянки залить 2 стаканами кипятка и прокипятить 15 мин. Пить по 1/2 стакана 3 раза в день спустя 2 ч после еды.

Большинство сборов, применяемых в урологии, не содержат какого-то главного компонента: все травы в их составе по-своему важны.

Большой антисептический сбор

1 ч. ложку листьев крапивы двудомной, 2 ч. ложки мяты перечной, 2 ч. ложки корневища аира, 3 ст. ложки плодов шиповника и 2 ст. ложки липового цвета залить 1 л кипятка и настаивать 35-40 мин. Готовое средство принимать по 1 стакану 2 раза в день во время еды.

Малый антисептический сбор

По 3 дес. ложки травы чистотела, зверобоя и тимьяна залить 1 л кипятка и настаивать до полного остывания. Выпить средство небольшими порциями в течение дня.

Диуретический сбор

2 ч. ложки листьев толокнянки, 1 ч. ложку листа подорожника большого, 1 дес. ложку листьев брусники, 3 ч. ложки листьев крапивы двудомной и 1-2 ч. ложки листьев березы повислой залить 1 л кипятка и дополнительно кипятить 10-15 мин. Отвар принимать по 3/4 стакана 3 раза в день за 30 мин до еды.

Глава 3

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Несмотря на свое название, многие из этих заболеваний на определенной стадии или при определенной степени тяжести могут успешно лечиться консервативными методами, особенно в настоящее время, когда появилось много новых препаратов и физиотерапевтических методик. Однако оперативное вмешательство и сегодня продолжает играть важную роль в лечении таких болезней, особенно в острых ситуациях, когда остальные способы бессильны.

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО МУЖСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

По своей этиологии (происхождению) сугубо мужские хирургические болезни могут относиться к ведению разных врачей. Наиболее многочисленны из них урологические, следовательно, хирург для принятия решения о способе лечения должен иметь показания уролога. Однако существует ряд заболеваний, хотя и тесно связанных с мочеполовой сферой, но обусловленных новообразованием или травмой. В подобной ситуации консультантами хирурга становятся онколог или травматолог.

Пороки развития пениса и уретры

Чаще всего встречаются три формы патологии в развитии полового члена, которые называются гипоспа-

дия, эписпадия и микропенис. *Гипоспадия* представляет собой нижнее незаращение наружного отверстия мочеиспускательного канала, который в норме должен открываться на головке полового члена. При гипоспадии отверстие уретры может быть смещено на вентральную поверхность полового члена (на сторону локализации уздечки), мошонку или даже в область промежности. Заболевание отмечается у каждого из 300 мужчин. Патология развития передается по наследству, однако проявляется не всегда.

Распознавание гипоспадии может быть затруднено в легких случаях, когда отверстие уретры располагается на головке (хотя и не на вершине) или у ее основания. Такая локализация не препятствует мочеиспусканию, поэтому заболевание нередко выявляется только при первых эрекциях, когда происходит обнажение головки полового члена. Эта форма болезни не требует хирургического вмешательства, поскольку мужчина может беспрепятственно мочиться и вести половую жизнь.

Однако при этом следует тщательно соблюдать правила гигиены. Во время выделения мочи она обильно смачивает головку пениса, чего не происходит у здорового человека. Кроме того, в препуциальном мешке при гипоспадии скапливается больше остатков мочи, чем у мужчин с нормальной уретрой. Если не совершать регулярного туалета половых органов, особенно головки, то может развиваться ирритантный баланопостит.

В тяжелых случаях, когда отверстие располагается ближе к корню члена, на мошонке или в промежности, требуется радикальное лечение. Необходимость в операции тем более возрастает, если патология сочетается с другими нарушениями - ложным гермафродитизмом, затруднением опорожнения мочевого пузыря, искривлением полового члена, крипторхизмом. Вероятность того, что гипоспадия осложнена каким-либо из указанных пороков, достигает 15 %. В ходе лечения целесообразно провести исследование верхних мочевых путей, поскольку у 10 % больных гипоспадией наблюдается аномалия их развития.

Другим случаем смещения отверстия уретры является *эписпадия* - верхняя расщелина (верхнее незаращение) полового члена, при которой мочеиспускательный канал открывается на головке или теле пениса, а в некоторых случаях полностью лишен верхней стенки. Болезнь встречается гораздо реже гипоспадии: на 50 тыс. мужчин приходится только один случай патологии.

Эписпадия головки полового члена является наиболее легкой формой заболевания, при которой отмечается расщепление губчатого тела головки по всей верхней поверхности с расположением наружного отверстия мочеиспускательного канала на венечной борозде (у основания головки). Нарушений мочеиспускания не отмечается, однако при эрекции пенис может быть немного искривлен кверху, хотя половой акт все равно возможен.

При эписпадии полового члена наружное отверстие мочеиспускательного канала расположено на теле пениса, который уплощен, укорочен и искривлен кверху. Крайняя плоть не прикрывает головку сверху. Мочеиспускание затруднено из-за сильного разбрызгивания мочи. При напряжении мышц брюшного пресса происходит неудержание мочи. Коитус затруднен или вовсе невозможен по причине значительной деформации и искривления пениса в эрегированном состоянии.

Полное отсутствие передней стенки уретры на всем протяжении пещеристых тел и сфинктера мочевого пузыря носит название тотальной эписпадии. При этой форме заболевания наружное отверстие мочеиспускательного канала в виде широкой воронки располагается у основания недоразвитого пениса, который изогнут кверху и подтянут к животу.

Из-за расщепления сфинктера мочевого пузыря у больного наблюдается истинное недержание мочи с сопутствующей мацерацией (размягчением) кожи в области промежности и на внутренней поверхности бедер. Данная форма эписпадии отягчается расхождением костей лобкового сочленения, что выражается в «утиной походке» и «распластанном животе». Осуществление коитуса полностью исключено.

Эписпадия даже в легкой форме может сочетаться с другими случаями врожденной патологии органов мочеполовой системы, представленными аномалиями развития верхних мочевых путей, гипоплазией (недоразвитием) яичка и предстательной железы, крипторхизмом.

Диагностика эписпадии не составляет особых затруднений, однако без полного медобследования невозможно своевременно выявить сопутствующие пороки развития мочеполовых органов. Необходимость в хирургическом лечении обычно отсутствует при эписпадии головки, хотя больному следует наблюдаться у врача, следить за чистотой гениталий, обращать внимание на состояние уретры. При половых сношениях, как правило, целесообразно пользоваться презервативами, чтобы исключить загрязнение уретры влагалищными выделениями женщины.

При прочих формах эписпадии требуется оперативное вмешательство в целях восстановления мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря для устранения явлений недержания мочи. Выполняемые операции преследуют также цель устранить деформацию пениса, чтобы мужчина мог вести половую жизнь. В особо тяжелых случаях половой член удаляется, а мочеточники выводятся на кожу с созданием стомы или в сигмовидную кишку. Создание стомы требует использования больным мочеприемника. Рекомендательный возраст для коррекции уретры и полового члена - 4-5 лет.

Микропенис - аномалия развития полового члена, при которой его длина в эрегированном состоянии не превышает 7 см (средняя длина нормального пениса при эрекции составляет 13-16 см). Микропенис является довольно частым дефектом, он встречается у одного из 200 мужчин. В редких случаях микропенис возникает не как врожденная патология, а как следствие химиотерапии, перенесенной в детском возрасте в ходе лечения рака. Микропенис делает невозможным осуществление половых сношений.

Увеличение микропениса до нормальных размеров выполняется хирургическим путем. Современные ме-

тоды фаллопластики позволяют создать новый пенис, обладающий нормальной эрогенной чувствительностью. Донором кожи служит рука, сосуды которой имеют почти такой же размер, как и кровеносные сосуды таза.

Лоскут кожи с руки скатывается в трубку и пришивается к основанию микропениса, при этом к новому пенису также подсоединяются нервы и сосуды таза. Головка полового члена соединяется нервами и сосудами с концом нового пениса. Эректильная функция пениса восстанавливается посредством другой операции - фаллоэндопротезирования (см. главу 4).

Фимоз приобретенный

Фимоз представляет собой сужение крайней плоти. Существует две формы заболевания - врожденная и приобретенная, клиническая картина которых в целом одинакова, однако этиология различна. Врожденный фимоз, как следует из его названия, является патологией развития крайней плоти и обнаруживается уже в раннем детском возрасте.

Приобретенный фимоз может появиться в любом возрасте, ведущей причиной его развития выступают воспалительные (часто инфекционные) заболевания крайней плоти и головки пениса - постит и баланопостит. Воспалительный процесс по мере затихания или, что случается чаще, при переходе в хроническую форму приводит к образованию остаточных рубцов, в результате чего развивается рубцовое сморщивание крайней плоти. У детей и подростков баланопостит может стать причиной образования спаек между кожей головки и крайней плоти, что отягчает фимоз.

Кроме того, сужение крайней плоти отмечается в случае изъязвления головки и крайней плоти, которое является следствием не только запущенного баланопостита, но также венерических болезней - сифилиса и мягкого шанкра.

Распознавание приобретенного фимоза основывается на невозможности обнажить головку полового члена

из-за чрезвычайной узости крайней плоти. Эрекция у больного фимозом становится болезненной, осуществление коитуса невозможно. Важным симптомом заболевания является увеличение размеров окружающего головку препуциального мешка во время мочеиспускания. Это связано с тем, что узкая крайняя плоть препятствует быстрому вытеканию мочи, которая при выведении из уретры сначала накапливается в препуциальном мешке.

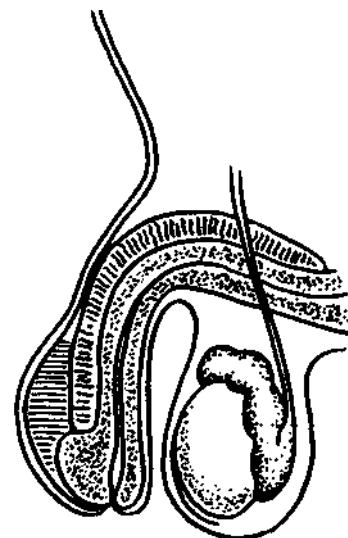


Рис. 3. Увеличение размеров препуциального мешка во время мочеиспускания при фимозе

Лечение фимоза радикальное. Как правило, выполняется операция циркумцизии (обрезания) полового члена. Эту же операцию выполняют и в профилактических целях - в ходе лечения хронических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей, баланита и баланопостита, в первую очередь при инфекционном поражении. Одновременно циркумцизия служит профилактикой рака полового члена.

В некоторых странах, главным образом в США, ведутся споры о необходимости сделать циркумцизию обязательной для всех новорожденных мальчиков, поскольку тем самым предотвращается фимоз и некоторые другие заболевания. Противники этого мнения указывают на его необоснованность и предлагают альтернативой циркумцизии гигиену половых органов.

Нередким последствием приобретенного фимоза становится ущемление головки полового члена крайней плотью. В этом случае принято говорить о *парафимозе*, который рассматривается как самостоятельное заболевание. Причиной парафимоза следует назвать

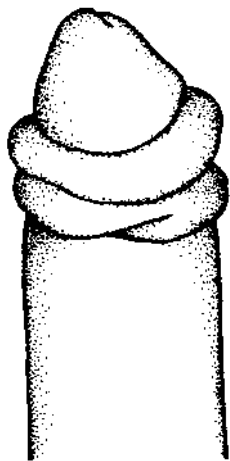


Рис. 4. Вид
полового члена
при парафимозе

попытки обнажить головку, несмотря на явные признаки фимоза. Ущемление головки сопровождается затруднением оттока крови, с чем и связаны сопутствующие болезни нарушения и характеризующие ее симптомы.

Распознавание парафимоза не представляет особых трудностей, поскольку суженная крайняя плот тугими кольцами охватывает область венечной борозды (у основания головки). Клиническая картина включает в себя сильную отечность полового члена, прикосновение к которому причиняет боль. Мочеиспускание в некоторых случаях затруднено. При дальнейшем развитии патологического процесса слизистая

оболочка головки покрывается многочисленными язвочками и гангренизируется.

Строго воспрещается пытаться расширить фиброзные кольца, сдавливающие головку, или вправлять ее вручную, т. к. это еще более травмирует ткани. Парафимоз подлежит исключительно операционному лечению. Больному следует как можно скорее обратиться за медицинской помощью. Перед посещением врача целесообразно помочиться, если есть такая возможность, поскольку до момента оказания медицинской помощи отечность может успеть развиться настолько, что сделает акт мочеиспускания невозможным.

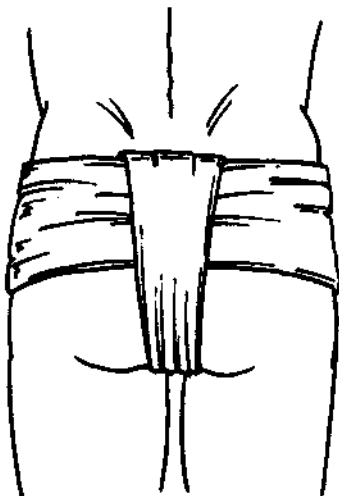


Рис. 5. Т-образная повязка

Ничем смазывать половой член не нужно, это затруднит работу врачам. Зато можно принять какое-нибудь простое обезболивающее, например анальгин, чтобы избавиться от неприятных ощущений. На промежность стоит наложить Т-образную повязку, прибинтовав пенис к животу. Такая повязка представляет собой перекинутую через промежность полосу материи (туру бинта), крепящуюся к матерчатому пояску на талии. Подобная повязка защищает половой член от излишнего трения о ноги и одежду.

Приапизм

Приапизм выражается в длительной неадекватной (возникающей без эротической стимуляции) эрекции, которая не исчезает на протяжении нескольких часов, суток или даже недель, тогда как нормальная адекватная эрекция сохраняется лишь в течение нескольких минут. Заболевание характерно для лиц в возрасте 16-20 лет, однако может отмечаться и в других возрастных категориях.

Факторами, способствующими развитию приапизма, являются неупорядоченная сексуальная жизнь, повышенное половое возбуждение, травмы половых органов, уретрит, болезни центральной нервной системы, сахарный диабет, а также неправильное употребление медицинских средств, повышающих эрекцию (стимуляторов).

Распознавание не составляет особой трудности. Ведущим симптомом в клинической картине заболевания являются острые боли в области половых органов, а также поясницы и таза, где болезненные ощущения даже более интенсивны. При попытках эякулировать мужчина испытывает боль, но эрекция от этого не пропадает. Размеры пениса сильно увеличены по сравнению с нормой, однако головка мягкая, чего не бывает при адекватной эрекции.

По прошествии 10 дней с начала развития заболевания оно становится запущенным, что выражается в застое крови в пещеристых телах с сопутствующим тром-

бозом этих тел и сосудов полового члена. Эти осложнения приводят к развитию импотенции.

Приступить к лечению приапизма (почти всегда радикальному) необходимо в ближайшие 2 дня, поскольку задержка чревата тяжелыми осложнениями, в т. ч. и утратой половой функции.

Кавернит

Кавернитом называется воспаление пещеристых (кавернозных) тел полового члена, возникающее вследствие воспалительного процесса в уретре или травмы. В некоторых случаях заболевание вызывается инфекцией, которая переходит по лимфатическим сосудам из соседних органов. Клиническая картина кавернита включает в себя острые боли в половом члене и гиперемию его кожных покровов.

Обращает на себя внимание быстро развивающаяся сильная отечность, из-за которой пещеристые тела увеличиваются настолько, что препятствуют мочеиспусканию. Температура тела значительно повышена (более 38 °C), больного может лихорадить. В некоторых случаях эти симптомы сопровождаются неадекватной эрекцией, не связанной с сексуальным возбуждением.

В отсутствие своевременного лечения развивается абсцесс кавернозных тел с последующим прорывом гнойников в мочеиспускательный канал. На заключительном этапе заболевания происходит омертвление перегородок в пещеристых телах, разрушающихся и выходящих из уретры вместе с вытекающим гноем.

Лечение кавернита обычно хирургическое. Иногда бывает оправданным применение методов консервативного лечения, заключающегося в физиотерапевтических процедурах и приеме противовоспалительных препаратов (сульфаниламидов, антибиотиков - в зависимости от причины заболевания). В запущенных случаях эффективное лечение затруднено. Следствием операции нередко становится эректильная дисфункция, устраняемая посредством эректора, фаллопротеза или других методов.

Онкологические заболевания половых органов

Доброкачественные и злокачественные опухоли половых органов встречаются сравнительно редко. Все эти болезни объединяют общие профилактические меры, включающие в себя гигиену гениталий, особенно области головки и крайней плоти, удаление подозрительных доброкачественных новообразований полового члена (бородавок и т. д.), лечение фимоза и предраковых заболеваний, к которым относятся хронические болезни, способствующие появлению рака (например язвы и лейкоплакии).

Одним из наиболее типичных заболеваний в этой группе является **рак полового члена**, поражающий область головки полового члена или внутреннего листка крайней плоти. Злокачественные новообразования принимают вид мелких грибовидных разрастаний, уплотненных узелков или язвочек в толще органа.

Причины возникновения этой опухоли недостаточно ясны, однако принято считать, что ведущую роль в перерождении клеток пениса играет несоблюдение правил гигиены. Когда мужчина не совершает регулярный туалет половых органов, в кожных складках полового члена накапливаются выделения желез вечной борозды - смегма, а также остатки мочи и спермы. В результате застоя этих веществ развивается раздражение, способное спровоцировать развитие рака.

На начальной стадии заболевание протекает скрыто. Иногда отмечается появление мелких язвочек, эрозий, уплотнений или папиллом (бородавок в виде сосочка или «цветной капусты»), не причиняющих неприятных или болезненных ощущений. Когда патологический процесс осложняется инфекцией, возникает ощущение жжения или зуда в головке, которая может увеличиться в размерах.

В некоторых случаях опухоль прорастает в пещеристые тела, из-за чего эрекция становится болезненной. Иногда возможен приапизм - стойкая патологическая эрекция без полового влечения. Последующие симптомы болезни зависят от того, в какие органы и ткани (не

обязательно связанные с мочеполовой системой) метастазирует рак.

Онкологическое обследование необходимо проходить при появлении на половом члене, особенно на головке и крайней плоти, любых подозрительных образований, которые не проходят в течение нескольких недель: прыщей, угорьков, струпьев, пятнышек красного цвета, шишечек. При этом не следует паниковать заранее, поскольку в большинстве случаев эти образования оказываются просто проявлениями незначительной инфекции.

Лечение рака полового члена в зависимости от стадии заболевания и ряда других факторов может заключаться в лучевой терапии, оперативном вмешательстве или комбинированной терапии (облучение проводится перед и после операции). На начальном этапе, когда опухоль локализуется в крайней плоти, показано проведение циркумцизии (обрезания) полового члена. На более поздних стадиях может возникнуть необходимость в удалении полового члена, яичек с придатками и мошонки, если имеет место прорастание рака в эти органы.

Аденома предстательной железы - это доброкачественная опухоль, развивающаяся по причине изменения гормонального баланса в организме из расположенных вокруг предстательной части мочеиспускательного канала парауретральных желез. Для заболевания характерно увеличение предстательной железы в том или ином направлении.

Максимальному риску заболеть аденомой подвержены мужчины, проживающие в городе. С возрастом вероятность появления этой болезни увеличивается, у мужчин до 40 лет аденома почти неизвестна. Предрасполагающими к развитию опухоли факторами выступают ожирение и атеросклероз.

Клиническая картина зависит от размеров аденомы и направления ее роста. В течение длительного времени заболевание может не беспокоить мужчину. Отчетливые симптомы появляются тогда, когда масса опухоли превышает 30 г. Однако если при этом аденома

растет в сторону прямой кишки, то какие-либо проявления заболевания отсутствуют.

Главный симптом болезни - расстройство мочеиспускания - отмечается, когда аденома растет в сторону мочевого пузыря. Расстройство мочеиспускания развивается в несколько стадий. На первой стадии отмечается учащенное мочеиспускание, которое впоследствии может осложниться ночным недержанием мочи (энурезом). Моча при бодрствовании выделяется слабой струей, т. к. мочеиспускание затруднено.

На второй стадии мочеиспускание становится болезненным, причем полного опорожнения мочевого пузыря не происходит. На третьей стадии сдавление уретры аденомой настолько значительно, что возникает острая задержка мочеиспускания. В мочевом пузыре накапливается до 1 л мочи, которая непрерывно выделяется по каплям.

Осложнения аденомы простаты включают в себя тяжелое функциональное нарушение почек (почечную недостаточность) и разнообразные воспалительные заболевания, в особенности пиелонефрит, цистит, уретрит, эпидидимоорхит, везикулит, камни мочевого пузыря. В некоторых случаях возможна гематурия (кровь в моче).

На начальной, а иногда и на второй стадии радикальное лечение (простатэктомия) не всегда является обязательным, его заменяют гормональная терапия или процедуры с использованием ультразвука. Назначается диетотерапия, которая предполагает отказ от острых блюд и спиртных напитков. Сексуальная жизнь должна быть умеренной, но регулярной. Больному требуется придерживаться сравнительно высокого уровня физической активности, ежедневно занимаясь утренней гимнастикой и совершая пешие прогулки.

Физические упражнения при аденоме предстательной железы направлены на усиление кровообращения (особенно в области малого таза), но вместе с тем сопряжены со сравнительно умеренными нагрузками. Наиболее напряженным и динамичным упражнением сле-

дует назвать отжимания. Всего рекомендуется выполнять за 1 раз 5-10 отжиманий от пола.

Также показаны упражнения по синхронному поднятию гантелей (не более 5 кг каждая) в положении стоя и по разведению рук с гантелями в положении лежа. Синхронное поднятие гантелей включает в себя 15-20 циклов, каждый из которых состоит из двух движений - поднятия гантелей сгибанием рук в локтях и опускания гантелей с возвратом в исходное положение. Упражнение по разведению рук включает 10-15 циклов, каждый из которых состоит из 4 движений: исходного положения - синхронное поднятие рук перпендикулярно туловищу; синхронное разведение рук в стороны; возврат в предыдущее положение; возврат в исходное положение.

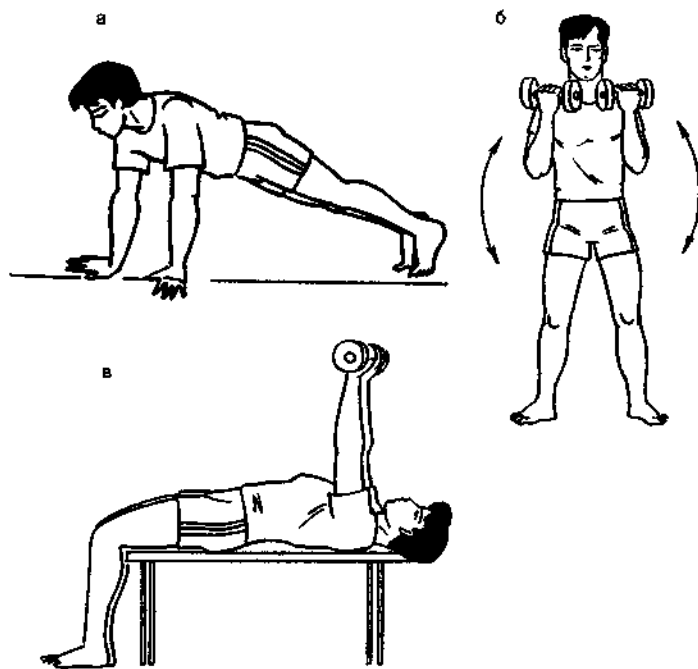


Рис. 6. Упражнения при аденоме простаты: а – отжимания; б – синхронное поднятие гантелей; в – исходное положение для выполнения разведения рук с гантелями в положении лежа

Наряду с лечебной гимнастикой широко применяются траволечение, апитерапия и глинолечение. Траволечение заключается в применении настоев или отваров для сидячих ванн или приема внутрь. Из рекомендуемых народной и научной медициной растений необходимо упомянуть окопник, репейник, первоцвет весенний (подробнее см. главу 6).

Апитерапия, т. е. лечение пчелиными продуктами, ограничивается использованием микроклизм с медом и суппозиторий (свечей), содержащих черный воск, или прополис. Микроклизмы представляют собой настой ромашки или шалфея, в котором растворен мед. Объем одной микроклизмы - 50 мл. Ставить ее полагаются перед сном ежедневно на протяжении 2 недель.

Суппозитории с прополисом смягчают болевые ощущения и снимают воспаление в области простаты. Действие прополиса настолько полезно, что многие специалисты рекомендуют применять его спиртовой раствор и в микроклизмах, добавляя по 15 капель препарата в используемый настой.

Настой ромашки для микроклизм

1 ч. ложку цветков ромашки аптечной залить 100 мл кипятка (1/2 граненого стакана) и 30 мин держать на водяной бане. Готовое средство процедить.

Настой шалфея для микроклизм

2 ст. ложки листьев шалфея залить 0,5 л кипятка и выдержать в течение 20-25 мин, после чего процедить.

Курс глинолечения длится около 1 месяца, иногда дольше. Применяется преимущественно голубая глина, которую полагается вводить в прямую кишку. Для этой цели нужно воспользоваться пластиковым одноразовым шприцем объемом 1-3 мл, у которого предварительно срезается верхняя часть, чтобы получилась трубка с поршнем. Место среза необходимо тщательно зашлифовать или даже оплавить, чтобы устранить неровности, которые могут поранить слизистую оболочку прямой кишки. Поршень оттягивается, чтобы в трубку можно было натолкать глины. Поверхность трубки покрывается слоем растительного масла, после чего приспособление вводится в анальное отверстие на 2/3 дли-

ны и глина выдавливаются шприцем в кишечник. Во время дефекации глина выйдет через заднепроходное отверстие, не причиняя больному неудобств. В течение всего курса лечения процедура повторяется ежедневно.

Рак яичка реже, чем другие злокачественные новообразования, поражает половые органы мужчины. Заболевание обычно наблюдается у лиц в возрасте 17-45 лет. Как правило, его причиной выступают травмы гениталий, орхиты и эпидидимоорхиты, крипторхизм (неопущение в мошонку одного или обоих яичек). Раку яичка свойственно метастазировать в лимфатическую систему, причем скорость образования метастазов достаточно высока. Через лимфоток они переносятся из пораженных лимфатических узлов в печень, легкие, мозг и другие органы.

На начальном этапе болезни клиническая картина включает в себя ощущение дискомфорта и давления в яичке. В дальнейшем при ощупывании мошонки обнаруживается болезненная припухлость, связанная с одним из семенников. Если опухоль находится вне яичка, то это, скорее всего, доброкачественное новообразование, тогда как при локализации в половой железе она в 95 % случаев оказывается злокачественной.

На поздних стадиях появляются боли, отдающие в поясницу, пах и бедро. Пораженное яичко еще более увеличивается, оно становится плотным и бугристым. Больной жалуется на повышенную температуру тела (в пределах 37,5 °C), общую слабость и повышенную утомляемость. Когда рак осложняется гормональными нарушениями, у мужчины снижается либидо и происходит увеличение молочных желез.

Максимального эффекта при лечении рака яичка удается достичь благодаря комплексному подходу с сочетанием хирургического вмешательства, лучевой терапии и химиотерапии. Профилактика заболевания заключается в своевременном лечении аномалий развития яичек и воспалительных заболеваний (особенно хронических инфекций), а также в предупреждении травм гениталий.

Киста семенного канатика обычно развивается из врожденных отклонений в строении этого органа, несколько реже причиной возникновения опухоли становится воспалительный процесс. Заболевание наиболее характерно для мужчин в возрасте 20-45 лет, однако может отмечаться и у мальчиков. В период полового созревания киста особенно активно увеличивается в размерах, отчего вызывает застойные явления в венах мошонки и ее органов.

Протекание болезни зачастую бессимптомное. При ощупывании мошонки иногда удается обнаружить уплотнение шаровидной формы, расположенное рядом с яичком. Киста чаще всего удаляется хирургическим путем. Операция носит профилактический характер, поскольку это доброкачественная опухоль.

Рак мошонки встречается немного чаще, чем рак яичка. При этом заболевании отмечается быстрота метастазирования в паховые лимфатические узлы. Новообразование почти всегда возникает вследствие прорастания в кожу мошонки опухолей из других половых органов. К наиболее типичным онкологическим заболеваниям, приводящим к развитию рака мошонки, относятся злокачественные опухоли полового члена, яичка, придатка яичка и предстательной железы.

Лечение комбинированное: оперативное вмешательство во всех случаях совмещается с лучевой терапией. В легких случаях, когда поражен лишь небольшой участок кожи, удаляется сам этот участок и здоровая кожа вокруг него. При распространении опухоли с пораженной стороны на здоровую мошонка удаляется полностью.

Своевременное выявление любых новообразований мошонки и ее органов возможно благодаря регулярному самоосмотру, проводить который необходимо каждый раз во время купания. Желательно ощупать мошонку и яички сразу, как только была принята ванна или душ. Если помедлить, то она переохладится и съжится, в таком случае самоосмотр окажется малоинформативным.

Здоровая кожа мошонки не имеет никаких узелков или уплотнений, ее сосуды не выпирают. Оволосение

развито нормально, волоски не выпадают при попытках их подергать. Во время ощупывания семенников не следует их сдавливать, чтобы не вызвать неприятные или болезненные ощущения. Достаточно просто перекачивать яички между большим и остальными пальцами руки, следя за тем, чтобы подушечки пальцев ощупали всю поверхность желез.

Яички в здоровом состоянии упруги, по плотности напоминают сваренное вкрутую яйцо (разумеется, без скорлупы). По размеру они примерно одинаковые, однако одно непременно чуть крупнее другого. Обычное соотношение размеров - 3,5 и 4 см в длину. Стоит обратить внимание на состояние яичка и соответствующей половины мошонки, если одна железа значительно превосходит другую - на 7-8 мм и более. Когда размеры одного из яичек, наоборот, меньше нормы, то возможны атрофические процессы, которые также чреваты различными осложнениями, включая и риск перерождения клеток.

Одно из яичек всегда свисает ниже другого, так что при расслабленной, свободно свисающей мошонке они находятся почти строго одно под другим, благодаря чему, собственно говоря, мужчина и имеет возможность плотно сдвинуть ноги. На холоде или во время эрекции яички подтягиваются, и мошонка сжимается. При этом обе железы оказываются примерно на одном уровне и выходят из пространства между бедрами, из-за чего снижается риск их ущемления ногами.

В верхней части задней стороны яичка находится утолщение, напоминающее кусочек вареной макаронины. Это придаток яичка. Нужно тщательно его обследовать, чтобы установить, не увеличен ли он и нет ли рядом других образований. Если таковые присутствуют, то это, скорее всего, доброкачественные опухоли, однако точно поставить диагноз может лишь онколог.

Иногда при наличии новообразований мужчина испытывает боль или ощущение тяжести в мошонке, особенно при нажатии на обнаруженную опухоль. И все же в большинстве случаев на раннем этапе рак и прочие виды опухолей абсолютно безболезненны.

Чем меньше тревожит заболевание, тем больше это должно радовать больного, который обнаружил у себя его признаки: отсутствие ярких симптомов свидетельствует о том, что процесс не запущен и болезнь излечима.

Любое подозрительное образование в мошонке можно протестировать самостоятельно, чтобы получить поверхностное представление о его природе. Для этой цели необходимо запастись фонариком, лучше всего - снабженным красным светофильтром. В ванной комнате, где проводится самоосмотр, выключается свет. Мужчина включает фонарик, располагая его позади мошонки. Если ткани мошонки просвечивают везде, кроме области яичек, то припухлость является водяной оболочкой яичка (гидроцеле) или кистой семенного канатика, т. е. сравнительно безобидным заболеванием.

Больной должен знать, что при доброкачественных и злокачественных опухолях часто назначается во многом сходное лечение. Делается это потому, что у медицины в некоторых случаях отсутствует возможность узнать наверняка, близка доброкачественная опухоль к злокачественному перерождению или нет. Кроме того, некоторые формы рака способны маскироваться под доброкачественные опухоли. Поэтому пока у онколога не будет полной уверенности в безобидности новообразования, он лечит болезнь, как если бы это был рак. Паниковать по этому поводу мужчина не должен.

По завершении хирургического лечения удаленная злокачественная опухоль подвергается тщательному обследованию, в ходе которого врачом определяется ее категория по международной классификации TNM, опирающейся на теорию четырехстадийного развития рака. Учеными установлено, что в развитии любого онкологического заболевания можно выделить 4 стадии, которые характеризуются определенным размером опухоли (выражается через символ T), степенью поражения лимфатических узлов (N) и степенью метастазирования (M).

Всего выделяются 4 основных признака для T, 4 признака для N и 2 признака для M, комбинации которых

дают 32 категории рака по системе TNM. Наряду с основными существуют дополнительные признаки, обозначающиеся при записи категории специальными символами.

Классифицировать заболевание по этой системе необходимо для того, чтобы оценить эффективность предпринятого лечения. Например, если опухоль имела размер менее 2 см (T₁), то на протяжении последующих 10 лет риску повторно заболеть раком подвергаются лишь 20 % излеченных. Если размер опухоли тот же, но отмечается ее глубокое прорастание в окружающие ткани (T₂), то за такой же период риску подвергаются примерно 40 % прооперированных.

Когда опухоль имеет размеры порядка 2-5 см или даже более и прорастает в орган настолько, что серьезно деформирует или смещает его ткани (T₃), к группе риска следует относить 60-80 % человек, прошедших лечение. При крупной опухоли, прорастающей в соседние органы (T₄), почти 95 % излеченных рискуют в ближайшие 10 лет повторно заболеть раком.

Состояние больного зависит не только от активности исходной опухоли, но и от состояния лимфатической системы, поэтому на статистику влияет значение N. Поражение лимфатических узлов всегда ухудшает результаты лечения: при N₁ - в 2 раза, при N₂ - в 4 раза, при N₃ - в 8 раз. Естественно, лечение больных, относящихся к разным группам риска, будет различным.

Использование методов комплиментарной медицины, в особенности популярного в последнее время траволечения, не возбраняется, если они играют роль вспомогательных методик и не заменяют основного лечения у квалифицированного онколога (подробнее о фитотерапии при лечении новообразований рассказано в главе 6).

Варикоцеле

Варикоцеле называют варикозное расширение вен, оплетающих семенной канатик яичка (обычно левого). Заболевание возникает по причине повышения кровя-

ного давления в почечной вене и застойных явлений в малом тазу, в результате чего происходит нарушение оттока крови из яичковой вены. Варикоцеле справа отмечается реже.

Данное нарушение встречается преимущественно в подростковом возрасте, когда наступает период полового созревания. Это связано с тем, что на начальном этапе выработки семенниками гормонов приток крови к гениталиям максимален, соответственно риск варикозных явлений в сосудах мошонки также значителен. Варикоцеле бывает и у молодых мужчин, однако у них оно отмечается немногим более чем в 10 % случаев.

Появлению варикоцеле способствуют такие факторы, как ранняя половая жизнь (у подростков) и повышенные спортивные нагрузки. Также в числе возможных причин заболевания следует назвать аномальное расположение почечной вены, тромбоз указанных сосудов и некоторые другие нарушения. У лиц пожилого возраста возникновению варикоза вен яичка часто способствует опухоль почки, поскольку новообразование затрудняет кровообращение в почечной или нижней полой вене и провоцирует развитие тромбоза.

Симптоматика заболевания включает в себя тянущие боли и чувство тяжести в области яичка и паху. Эти ощущения далеко не всегда бывают сильными, часто они становятся заметны лишь при физических нагрузках или половом возбуждении. Распознавание варикоцеле обычно не представляет трудностей по той причине, что на мошонке с пораженной стороны (увеличенной в размерах) хорошо различимы вздувшиеся вены.

Отличить варикоцеле, возникшее вследствие опухоли, от прочих его форм можно по двум признакам. При опухоли поражаются с равной вероятностью вены как левого, так и правого яичка. Кроме того, при положении больного лежа раздутые сосуды не опадают, хотя при варикоцеле, вызванном стенозом, у лежащего больного вены могут даже совсем не наблюдаться при осмотре мошонки.

Типичным осложнением варикоцеле являются половые расстройства, а также нарушения сперматогене-

за в форме олигоспермии и даже бесплодие. В тяжелых случаях заболевание ведет к атрофии яичка.

При варикоцеле показано радикальное лечение, которое заключается в выполнении операции по перевязке и пересечению левой яичковой вены в целях прерывания обратного тока крови. Наряду с этой операцией проводятся также еще несколько дополнительных, заключающихся в восстановлении нормального венозного кровотока в этой области.

В течение всего восстановительного периода больному показано ограничивать физические нагрузки, больше отдыхать, но вместе с тем выполнять упражнения из комплекса лечебной физкультуры, чтобы предотвратить застойные явления и развитие послеоперационного тромбоза. Необходимо также позаботиться о создании оптимального режима половой жизни, которая станет возможной с определенного времени после операции.

Профилактика варикоцеле заключается в рациональной организации занятий физической культурой и спортом во избежание перегрузок.

Гидроцеле

Гидроцеле называется также водянкой яичка, поскольку болезнь заключается в скоплении жидкости в оболочках этой железы. Известны две причины заболевания - аномалии внутриутробного развития (в данном случае развивается врожденная форма гидроцеле) и нарушения лимфооттока (приобретенная форма).

Со временем в результате происходящего патологического процесса рядом с пораженным семенником формируется твердое образование округлой формы, расположенное обычно впереди яичка. По мере прогрессирования заболевания водянка может заполнить оболочку яичка целиком, так что в больной части мошонки окажется крупное, до 7 см в длину, тельце, внутри которого и будет сжато яичко. Объем этого тельца на 20-200 мл превосходит нормальный объем здорового яичка.

Самостоятельно диагностировать гидроцеле и отличить его при этом от злокачественной опухоли довольно трудно, однако во многих случаях результативным оказывается просвечивание пораженных тканей фонариком. Кожа мошонки и оболочки яичка при истинной водянке обычно пропускают свет, поскольку скапливающаяся вокруг железы желтоватая жидкость полупрозрачна. Истинная опухоль свет не пропускает совершенно.

На ранних стадиях гидроцеле безвредно, однако оно дает осложнения в виде нарушений выработки спермы вплоть до бесплодия. Кроме того, под водянку яичка маскируются некоторые злокачественные опухоли. Поэтому лечение гидроцеле необходимо. Оно почти всегда радикальное. Считается, что предотвратить водянку яичка можно благодаря проведению эффективного лечения таких воспалительных заболеваний органов мошонки, как орхит и эпидидимит, поскольку эти болезни нарушают нормальное движение лимфы в области паха.

Гангрена половых органов

Гангрена представляет собой особую форму некроза, т. е. омертвения тканей, когда пораженный участок либо мумифицируется (сухая гангрена), либо подвергается гнилоственному распаду под воздействием бактерий. Сухая гангрена поражает преимущественно руки и ноги, поскольку она связана с нарушением кровообращения в конечностях. Половые органы поражаются влажной гангреной, развивающейся из запущенного воспалительного процесса, который осложнен инфекцией. Лечение всех форм только хирургическое.

Известны две главные разновидности некроза тканей гениталий. Прежде всего это *гангрена полового члена*, наблюдаемая чрезвычайно редко, зато проявляющаяся наиболее бурно. Заболевание является осложнением тяжело протекающего инфекционного баланопостита или следствием ущемления полового члена.

Ранний признак гангренозных явлений - заметная гиперемия кожных покровов пениса, который приобретает багровый цвет. Болевые ощущения по мере прогрессирования некротического процесса снижаются и даже полностью исчезают, что должно особенно волновать мужчину, поскольку данный признак свидетельствует об отмирании нервных окончаний.

Гангрена мошонки может быть вызвана воспалительным заболеванием какого-либо органа, относящегося к мочеполовой системе, но в некоторых случаях она развивается при проникновении болезнетворных бактерий через расчесы и царапины на коже мошонки. При обсеменении микротравм мошонки инфекция на начальном этапе поражает внутренние ткани артериальных сосудов, снабжающих яички кровью, что вызывает воспалительный процесс и затем гангрену.

Начальным симптомом прогрессирующего воспаления, ведущего к гангренозному процессу, является боль в области мошонки, распространяющаяся на внутреннюю поверхность бедер. Кроме того, клиническая картина включает в себя такие признаки, как головная боль, повышенная температура и тахикардия. У больного может отмечаться беспричинная веселость (состояние эйфории).

Постепенно развивается отечность кожи мошонки, распространяющаяся на половой член. На вторые сутки прогрессирование отека становится настолько значительным, что мошонка заметно увеличивается в размерах. Заболевание лечится хирургическим путем.

Абсцесс предстательной железы

Абсцесс предстательной железы развивается исключительно на почве воспалительного процесса данного органа, поэтому главной причиной заболевания является недолеченный острый простатит, при котором мелкие гнойнички сливаются в абсцесс. В отсутствие своевременной медицинской помощи абсцесс разрастается и, как принято говорить, расплавляет, т. е.

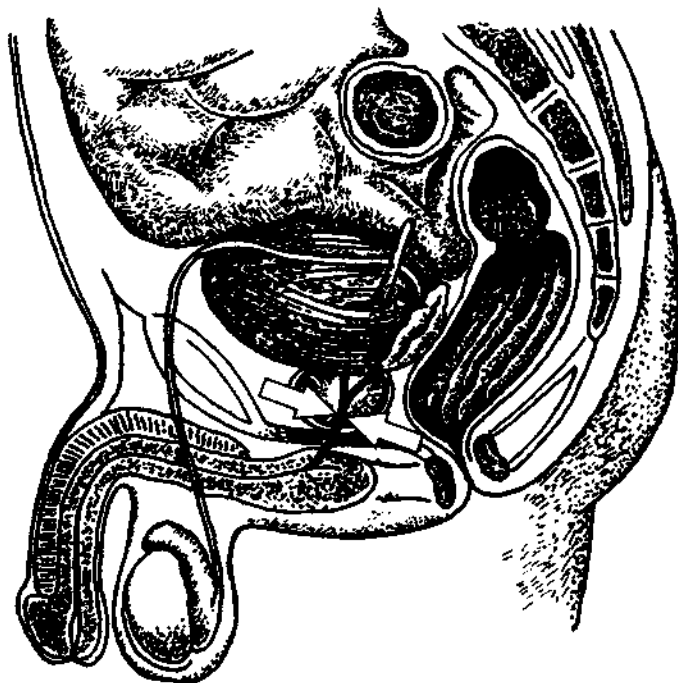


Рис. 7. Сдавливание уретры при росте простаты

размягчает ткань предстательной железы. Простата увеличена, напряжена и резко болезненна.

Перечисленные явления определяют клиническую картину заболевания. Ведущими симптомами выступают пульсирующие боли в области промежности на фоне повышения температуры тела до 40 °С и возникающего при этом чувства озноба. Мочеиспускание затрудненное и болезненное. Из-за сдавливания уретры увеличенной простатой больной мочится малыми порциями, в некоторых случаях возможна полная задержка мочи. Абсцесс обладает склонностью к прорыву в окружающие ткани, мочевой пузырь или уретру. В двух последних случаях отмечается выделение гноя с мочой.

Генерализация воспалительного процесса приводит к возникновению такого тяжелого осложнения, как уросепсис, т. е. к заражению крови гноем, поступаю-

щим в сосуды из пораженных органов мочевого выделения. При оказании своевременной медицинской помощи прогноз благоприятный.

Лечение оперативное: абсцесс вскрывается хирургическим путем через промежность или прямую кишку с целью дренажа. Иногда после вскрытия абсцесса больному требуется переливание крови или кровезаменителей. Параллельно проводится курс медикаментозной терапии с применением антибиотиков, антисептиков, нитрофуранов и сульфаниламидов. Больному необходимо не только выполнять предписания врача по приему назначенных препаратов, но и в течение некоторого времени соблюдать диету.

Питание прооперированного должно быть полноценным, сбалансированным, т. е. включающим все основные продукты - важнейшие источники незаменимых аминокислот, энергетических и балластных веществ, витаминов и т. д. Вместе с тем из рациона исключаются продукты, содержащие вещества, которые раздражают органы мочевого системы: соль, пряности, специи, алкоголь.

Травмы половых органов

Случаи травматического повреждения гениталий включают в себя травмы отдельных половых органов или сочетанные травмы. Травмы отдельных органов (разрывы и надрывы уздечки полового члена, подкожный разрыв кавернозных тел, вывих, ущемление и перелом полового члена) чаще всего возникают во время эротических игр. Сочетанные травмы (ушиб полового члена и простаты, повреждения мошонки) обычно возникают при падениях.

Ушиб полового члена и простаты сопровождается разрывом белочной оболочки кавернозных тел пениса, повреждениями уретры, гематомой простаты, а иногда и более тяжелыми поражениями. Признаками травмы выступают сильные боли в промежности и половом члене, его отечность, из-за которой он кажется увеличенным, обширный кровоподтек. Признаком закры-

той травмы уретры служит появление крови в моче и резей при мочеиспускании. Как правило, при таком ушибе травмируется заодно и мошонка. Ее кожа сильно отекает, так что иногда из-за отека половой член становится невиден.

Характер *ран половых органов* зависит от особенностей их появления. Скальпированные раны гениталий возникают при попадании наружных половых органов через одежду в движущиеся механизмы. Эти раны отличает полный отрыв кожи мошонки и полового члена. Они сопровождаются интенсивными болями и даже травматическим шоком, а также, как правило, обильным кровотечением. Иногда возможно выпадение яичка.

Резаные, колотые или кусаные раны гениталий могут быть поверхностными, в таком случае они сопровождаются небольшими кровотечениями. При значительной глубине этих ран происходит поражение кавернозных тел, что приводит к обильным кровотечениям и шоку; в результате возникает угроза для жизни. Наиболее явным признаком разрыва одного из кавернозных тел следует назвать искривление полового члена.

В результате слишком энергичных фрикций или неосторожных эротических игр могут отмечаться *разрывы или надрывы уздечки полового члена*. Наибольшему риску подвергаются мужчины с короткой уздечкой. Травма сопровождается болевыми ощущениями и кровотечением.

В тяжелых случаях отмечаются *вывих и перелом полового члена*. Перелом полового члена представляет собой подкожный разрыв кавернозных тел при быстром и интенсивном перегибе эрегированного пениса. Эта травма диагностируется по треску в момент перелома, нарастающей боли (возможен шок) и подкожной гематоме.

Вывих полового члена возникает в сходных условиях, но в таком случае повреждаются не пещеристые тела, а связки, которыми пенис крепится к тазовым костям. Вследствие травмы происходит смещение кавернозных тел под кожу мошонки или промежности, так что половой член прощупывается в виде пустого мешка.

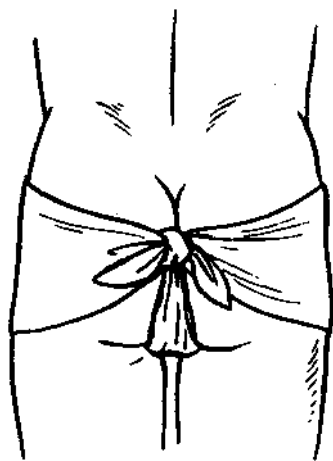


Рис. 8. Косыночная повязка на гениталии

Неотложная доврачебная помощь в случае ушибов члена, мошонки и простаты заключается в обеспечении неподвижности пострадавшего, постановке холодных компрессов и приеме противовоспалительных и кровоостанавливающих средств. Компрессы нельзя делать слишком холодными и держать их долго. Использовать тепло разрешается только на 5-й день лечения с одобрения врача.

При разных ранах и ушибах необходимы повязки, выполняемые из медицин-

ского бинта или лоскутов ткани, посредством которых фиксируются травмированные гениталии и останавливается кровотечение: Т-образная и косыночная. Косыночная выгодна тем, что ее легко изготовить из любого подручного материала. Она имеет вид треугольника. Такая повязка кладется на живот основанием вверх, после чего нижним углом охватывается область паха и промежности. Концы косынки завязываются на спине или ягодицах, так что повязка принимает вид «плавок».

При упорном кровотечении существует необходимость в наложении асептической давящей повязки на гениталии. На половой член возможно наложить жгут из подручных средств. При повреждении кавернозных тел, в особенности при переломе пениса, целесообразно шинирование органа, который подвязывается к животу.

Иногда при тяжелых травмах имеют место случаи полной ампутации какого-либо из наружных половых органов: пениса или его головки, мошонки, одного из яичек, а также просто лоскута кожи с гениталий. В подобных ситуациях оказывающий неотложную помощь пострадавшему должен сохранить отсеченный орган (ампутат), т. к. в течение первых суток при хорошей

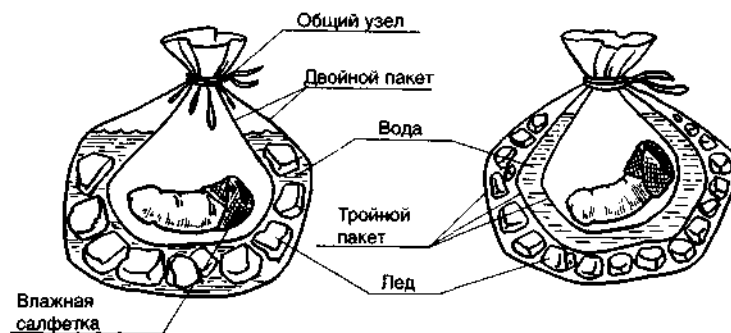


Рис. 9. Хранение ампутата полового члена

сохранности тканей возможно хирургическое восстановление целостности гениталий.

Для хранения ампутата используется двойной или тройной пакет со льдом. Ампутат помещается в чистый пакет, который вкладывается внутрь другого пакета, являющегося промежуточным либо заполненным кубиками льда. Если пакет промежуточный, то он вставляется в третий пакет, в котором имеется лед. Непосредственный контакт живых тканей со льдом крайне нежелателен. В отсутствие льда применяется холодная вода. Оба пакета (либо все три пакета) перехватываются в верхней части тугим узлом. В таком виде ампутат доставляется в травматологическое отделение вместе с пострадавшим.

Профессиональное лечение многих травм хирургическое, включая некоторые виды ушибов. Это необходимо в силу того, что зачастую даже небольшие гематомы вызывают сдавливание сосудов и нервов в области семенного канатика, что провоцирует трофические расстройства тканей яичек и как следствие - гипотрофию этих желез.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО МУЖСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Среди хирургических заболеваний, известных также и у женщин, центральное место занимают доброкачественные и злокачественные образования различ-

ных органов, в первую очередь относящихся к пищеварительной системе. Из остальных болезней следует назвать прободную язву желудка и стриктуру уретры. Однако оба названных заболевания тесно связаны с онкологическими: язва желудка часто предшествует возникновению новообразований, а стриктура в некоторых случаях развивается по причине наличия в мочеиспускательном канале опухоли.

Опухоломочевовогопузыря

Онкологические заболевания мочевого пузыря известны и у женщин, но преобладают у мужчин, в основном относящихся к возрастной категории за 50 лет. Существуют три главные формы опухолей, поражающих этот орган: типичная и атипичная фиброэпителиомы, имеющие доброкачественное строение, и папиллярный рак, имеющий злокачественное строение. Существует гипотеза, согласно которой все три опухоли связаны между собой по происхождению, т. е. выступают в качестве этапов единого процесса перерождения клеток, который завершается с появлением рака.

Папиллярный рак со временем превращается в плотную, твердую опухоль, которая прорастает в стенку мочевого пузыря и постепенно заполняет полость органа. В дальнейшем опухоль распространяется за его пределы и поражает соседние ткани. В первую очередь поражаются лимфатические узлы, куда метастазирует рак.

Симптомы длительное время отсутствуют, лишь при прорастании опухоли в глубокие слои или поражении всей стенки мочевого пузыря отмечается кровь в моче. Если рост новообразования осложнен инфекцией, что происходит нередко, то клиническая картина дополняется такими симптомами, как учащенное и болезненное мочеиспускание.

За пределами мочевого пузыря опухоль нередко сдавливает устья мочеточников, из-за чего деформируются (расширяются) как сами мочеточники, так и почечные чашечки и лоханки. Обычно ущемляется толь-

ко один мочеточник, поэтому поражение почек носит односторонний характер. В любом случае это неизбежно влечет за собой обильное выделение крови с мочой и явления острого пиелонефрита.

Кровотечение настолько интенсивное, что в мочевом пузыре образуются крупные сгустки из белков плазмы, которые способны привести к закупорке (тампонаде) мочевого пузыря. В результате опорожнение пузыря становится невозможным, развивается острая задержка мочи.

Назначаемое лечение может быть и радикальным, и консервативным. Оперативное вмешательство обычно оправданно на ранних этапах заболевания, когда не сложно через разрез в уретре или мочевом пузыре разрушить опухоль либо удалить ее. Иногда показано полное удаление пораженного мочевого пузыря. В таком случае моча из мочеточников выводится через стому. На поздних стадиях целесообразно применять лучевую и химиотерапию.

Новообразования желудочно-кишечного тракта

Свыше 30 % всех случаев злокачественных образований пищеварительной системы приходится на *рак пищевода*, который более характерен для мужчин в возрасте от 45 до 65 лет. В числе причин, обуславливающих развитие этого заболевания, называется травмирование пищевода под воздействием целого ряда факторов.

Чаще всего источник болезни кроется в злоупотреблении алкоголем, курении, частом утолении жажды холодной водой, нерациональном питании. Чрезмерно горячие или острые блюда также играют известную роль в развитии патологического процесса.

Почти всегда раку пищевода предшествуют так называемые предраковые заболевания. Они как бы сигнализируют о риске злокачественного перерождения слизистой оболочки этого органа и требуют принять должные меры. В числе предраковых заболеваний не-

обходимо упомянуть стеноз, разные формы воспаления (эзофагиты) или ороговения (лейкоплакии) слизистой оболочки пищевода, язвы, плохо зажившие послеожоговые рубцы, полипы.

В меньшей степени на риск развития рака указывают грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, выпячивания стенки пищевода (дивертикулы пищевода) и нарушение открывания сфинктера пищевода (ахалазия кардии). Однако и эти болезни должны привлечь к себе внимание, подтолкнуть мужчину к тому, чтобы он позаботился о своем здоровье.

Раковые опухоли могут расти либо в просвете пищевода, либо в толще его тканей, однако преобладают случаи с обоими указанными элементами роста. Чаще всего поражаются участки естественных сужений органа, как бы делящие его на три части. Сужение между грудным и нижним отделами страдает от рака пищевода чаще всего. Наиболее частыми формами опухоли являются кольцевидная (скиррозная), представляющая собой участок уплотненной ткани, и мозговидная, связанная с изъязвлением. Крайне редко встречается сосочковый рак, при котором опухоль принимает грибовидную форму.

Увеличиваясь в размерах, рак шейного отдела прорастает в трахею и щитовидную железу. Опухоль грудного отдела поражает все органы нижних дыхательных путей (bronхи, легкие, плевру), а также клетчатку средостения. Если поражен нижний отдел, то рак прорастает в аорту с ее ветвями, диафрагму, печень, селезенку, поджелудочную железу. При любой локализации опухоль метастазирует в большое число лимфатических узлов.

Клиническая картина меняется по мере развития заболевания. Общие признаки, возникающие в самом начале патологического процесса и в дальнейшем только усиливающиеся, – это похудание, нарушение аппетита, изменение вкусовых ощущений, общая слабость, повышенная утомляемость.

Чаще всего отмечается дисфагия, т. е. затрудненный прием пищи. Больному трудно проглатывать

твердую пищу и трудно удерживать ее в желудке. Во время глотания человек давится, испытывает першение и царапание в горле. При прохождении пищи через привратник желудка начинаются икота и отрыжка, которые могут длиться еще довольно долго, особенно отрыжка. Эти проявления исчезают после приема жидкости.

Иногда спустя несколько минут после приема пищи у больного начинается приступ рвоты, приносящей облегчение. Первоначально эти симптомы выражены слабо. Ярче они проявляются по прошествии 1-2 лет: тошнота становится постоянной, отрыжка приобретает неприятный запах, икота причиняет боль («словно пищевод отрывается от желудка»).

Тогда же клиническая картина дополняется прочими симптомами, в т. ч. слюнотечением, метеоризмом, запорами (или диареей). Становится трудно принимать даже жидкую пищу. Нередко пищевод расширяется выше места сужения. В расширенном отделе накапливается пища, которая подвергается брожению и гниению. У больного открывается так называемая пищеводная рвота непереваренной пищей.

Дисфагия становится болезненной, чему зачастую способствует отек пищевода. Боли усиливаются при прогрессировании заболевания, они могут напоминать стенокардические. Когда боли принимают постоянный характер, это говорит о прорастании опухоли в соседние органы. Истощение больного нарастает, его голос становится слабым и хриплым.

Радикальное лечение возможно лишь примерно в 30 % случаев. Обычно подлежат удалению опухоли на первой стадии развития, локализованные в средней и нижней трети пищевода. При неоперабельных опухолях хирургическое вмешательство оправданно при необходимости поставить эндопротез или вывести гастростому (наружное входное отверстие в желудок).

С радикальным лечением сочетается лучевая терапия, которая в неоперабельных случаях применяется самостоятельно. Больной переводится на особую, щадящую диету, включающую жидкую и полужидкую

пищу, богатую белками и витаминами. Животные жиры и сахара всех видов существенно ограничиваются. Больному назначается курс медикаментозной терапии, при этом большинство препаратов вводятся путем инъекций.

Злокачественные опухоли поджелудочной железы, составляющие порядка 3 % от всех раковых заболеваний, чаще всего поражают мужчин, причем преимущественно в возрасте около 50 лет. Наиболее распространен среди онкологических больных мужского пола рак двух отделов этого органа - тела и хвоста, тогда как поражение головки поджелудочной железы встречается у мужчин лишь ненамного чаще, чем у женщин. Важно отметить, что рак тела и хвоста железы наблюдается обычно в возрасте от 55 до 60 лет. Эта болезнь составляет почти 40 % от всех случаев злокачественных новообразований данного органа.

Клиническая картина включает в себя в первую очередь мигрирующий тромбофлебит ног, который часто предшествует всем остальным симптомам. О наличии мигрирующего тромбофлебита можно судить по развитию варикозного расширения вен на ногах, болезненной припухлости по ходу пораженных сосудов и незначительному повышению температуры тела.

Далее необходимо назвать ноющие или сверлящие боли, которые локализуются в левом подреберье и иногда носят приступообразный характер, как при печеночной колике. Боли обычно отдают в левую половину грудной клетки, живот, левое плечо, спину. В некоторых случаях боль охватывает всю верхнюю часть живота и почти всю спину выше поясницы. Для этих болей характерно усиление в положении лежа, особенно ночью.

В числе прочих симптомов следует упомянуть метеоризм, нарастающую слабость, истощение. Возможны явления сахарного диабета. Когда рак охватывает всю железу, у больного развивается желтуха из-за того, что опухоль сдавливает желчный проток. При этом могут возникнуть некоторые симптомы, которые свойственны для рака головки поджелудочной железы (боли в поясничной области, рвота, мажущий стул и т. д.).

По мере развития заболевания возможно сдавливание опухолью селезеночной вены с последующим прорастанием опухоли в соседнюю воротную вену. Позднее у больного возникает асцит (водянка живота). Разросшаяся опухоль хорошо прощупывается в левом подреберье или слева от пупка в верхней части живота.

Лечение болезни хирургическое, прочие методы, например химиотерапия, не применяются, поскольку они дают лишь временный эффект. Зато большое значение имеют диет- и симптоматическая терапия.

Онкологические заболевания толстого кишечника у мужчин такие же, как и у женщин. Это доброкачественные и злокачественные опухоли, которые локализуются преимущественно в прямой кишке (до 59 % случаев), несколько реже - в сигмовидной (17 %), а также слепой, поперечно-ободочной и нисходящей.

У мужчин из *доброкачественных опухолей* преобладают фибромы, тогда как у женщин - липомы. Часто доброкачественные опухоли представлены полипами кишечника, тогда как все прочие формы встречаются сравнительно редко. Течение этих заболеваний обычно бессимптомное, иногда возможны кровотечения, закупорка кишки или внедрение одной части кишки в другую. Фибромы, как правило, выявляются случайно при гастроэнтерологическом или проктологическом обследовании, если они вызвали хроническую непроходимость кишечника.

Полипы кишечника могут иметь вирусное происхождение либо передаваться по наследству как генетический дефект (так называемый семейный полипоз). Они представляют собой выпуклые образования, имеющие структуру аденомы, которые выпирают в просвет кишки. Областью их локализации является, как правило, толстый кишечник, значительно реже - тонкий.

Иногда семейный полипоз сопровождается пигментацией кожи и слизистых оболочек. Главным образом пигментные пятна коричневого цвета появляются на коже рук, в области суставов и гениталий, а также на слизистой рта и губ. Основным симптом кишечных по-



Рис. 10. Признаки семейного полипоза

липоз - кишечные кровотечения, несколько реже отмечаются ложные позывы в туалет (тенезмы), поносы, слизь в кале. Осложнением заболевания является озлокачествление опухолей.

Рекомендовавшиеся ранее методы консервативного лечения доказали свою бесполезность. Единственным способом лечения болезни служит хирургическое удаление полипов. Больной должен знать, что ему следует при обнаружении доброкачественных полипов пройти полный скрининг (обследование с целью выявления новообразований), потому что полипоз часто сочетается с опухолями других органов: мягких тканей и костей черепа при синдроме Гарднера; головного мозга при синдроме Тюрко; надпочечников, щитовидной железы и сальных желез при синдроме Олдфилда.

Злокачественные новообразования толстой кишки представлены в 95 % случаев раком, или аденокарциномой, которая является преимущественно мужским заболеванием, потому что встречается у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин. Аденокарцинома - одна из самых широко распространенных злокачественных опухолей пищеварительной системы, по частоте встречаемости занимающая второе место после рака желудка.

Заболевание протекает в течение длительного времени бессимптомно либо симптоматика рака на его начальном этапе скудна. Замечено, что чем выше располагается опухоль, тем с большей задержкой развивается характерная клиническая картина заболевания. Обычно после обнаружения первых неприятных признаков, которые можно интерпретировать по-разному, до точной диагностики проходит по меньшей мере 9-10 месяцев.

Из ранних признаков при раке правой половины толстого кишечника возможны боли и вздутие живота в среднем отделе. Периодически отмечаются запоры. Стул содержит примесь слизи и крови. Аппетит почти всегда понижается. Когда патологический процесс становится наиболее активным, появляются такие симптомы, как почти постоянное присутствие крови и слизи в каловых массах, неполная непроходимость кишечника, длительная задержка стула и газов, приступы рвоты. Больной жалуется на общую слабость. Он имеет анемичный вид и резко теряет вес.

Для рака левой половины толстого кишечника характерны расстройства стула, метеоризм, боли в животе, а впоследствии (но не всегда) кровь и слизь в кале. Расстройства стула представлены запорами, чередующимися с поносами. Иногда развиваются симптомы кишечной непроходимости в виде вздутия живота, схваткообразных болей, длительной задержки стула и газов. Общее состояние больного, однако, гораздо лучше, чем в предыдущем случае.

В случае с раком прямой кишки самыми ранними симптомами выступают кажущиеся беспричинными изменения стула, которые впоследствии дополняются кровотечениями, причем иногда настолько обильными, что в кале хорошо заметны следы крови. По мере дальнейшего развития заболевания клиническая картина обычно дополняется ложными позывами к дефекации (тенезмами).

При попытке сходить в туалет мужчина иногда отмечает появление слизистых выделений, в которых бывают заметны следы крови. Стул нередко жидкий. Впрочем, расстройства стула в некоторых случаях отсутствуют, но признаки ректального кровотечения все равно имеются.

Рекомендуемое лечение - хирургическое либо комбинированное, т. е. сочетающееся с химио- или лучевой терапией. Профилактика злокачественных новообразований толстого кишечника заключается в своевременном удалении доброкачественных опухолей, которые подозрительны в плане возможного перерождения.

Прободная язва желудка

Прободная язва желудка является одной из форм язвенной болезни желудка. Эта форма более типична для мужчин, причем отмечается она обычно в возрасте до 40 лет. Прободение (перфорацию) язвы можно рассматривать в качестве быстро развивающегося осложнения язвенной болезни, происходящего в результате перенесенного сильного стресса, физических перегру-

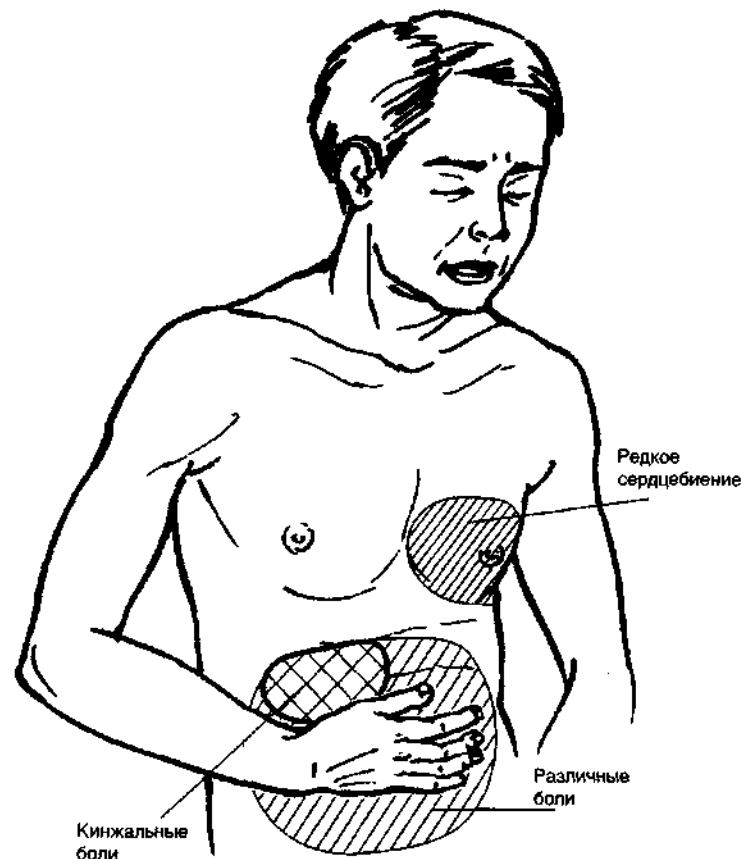


Рис. 11. Симптомы прободной язвы желудка

зок, нарушения режима питания, а также сезонного обострения язвенной болезни.

Клиническая картина включает в себя в первую очередь симптомы, свойственные желудочному кровотечению. Сюда относятся острые («кинжальные») боли в области желудка, которые затем принимают характер разлитых болей, т. е. охватывают весь живот, что обусловлено раздражением брюшины. Лицо больного резко бледнеет, сердцебиение становится редким.

Спустя 6-8 ч с момента появления первых симптомов прободения язвы у больного развивается воспалительный процесс брюшины (перитонит), причиной которого выступает попадание крови и кислого желудочного содержимого в брюшную полость. Если произойдет раздражение прочих органов, то появятся симптомы их поражения, отчего признаки заболевания изменятся. Поэтому врачи говорят о полиморфности (буквально - многообразии) проявлений прободной язвы. В особо тяжелых случаях диагностировать ее бывает сравнительно трудно даже специалисту.

Типичными осложнениями прободной язвы выступают поддиафрагмальный абсцесс, вторичный перитонит, воспалительный инфильтрат (уплотнение тканей в пораженной области), анемия.

Лечение прободной язвы первоначально хирургическое, оно призвано остановить кровотечение. В послеоперационный период лечение предполагает постельный режим на протяжении 3-4 недель, иногда дольше.

Больной нуждается в строгой щадящей диете № 1 по Певзнеру. В течение первых 10-14 дней назначается стол с калорийностью 2000 ккал, который включает слизистые крупяные супы, протертые молочные каши с жирностью 5 %, рыбные паровые суфле, фруктовые желе, разведенные водой сладкие фруктовые соки, шиповниковый отвар, блюда из яичных белков в виде безе. Важно следить за тем, чтобы кушанья и напитки из ягод и фруктов не были кислыми, поскольку это вредно для травмированного желудка.

В последующие 10 дней показана диета с калорийностью 2500 ккал, включающая слизистые супы, мелко нарезанные белые сухари, мелко рубленное паровое или вареное мясо, разведенные водой сладкие соки, фруктовые и ягодные кисели, сливки (в т. ч. сгущенные), протертый свежий творог.

На заключительном этапе диетотерапии, который охватывает срок порядка 8-10 дней (калорийность до 3000 ккал), рекомендованы к употреблению протертые вареные овощи (кроме белокочанной капусты), белые сухари, молочные супы с рисом, молочные протертые

каши, яйца всмятку, паровой омлет, печеные яблоки и груши, сладкие фруктовые соки пополам с горячей водой, молоко (в т. ч. сгущенное), какао в небольшом количестве.

Из медикаментозных средств большое значение имеют биостимуляторы, в числе которых следует в первую очередь назвать препараты алоэ, апилак, витаминные комплексы. Физиотерапия применяется в период стихания обострения. Она включает в себя преимущественно тепловые процедуры: грелки, согревающие компрессы, припарки из отрубей или льняного семени (до 3 раз в день). Курс тепловых процедур длится около 10 дней, длительность одного сеанса составляет 15 мин, в случае с припарками - до 2 ч.

В целях предупреждения рецидивов язвенной болезни показаны прием седативных, холинолитических и спазмолитических препаратов, витаминотерапия, постельный режим после рабочего дня, а также в течение всего восстановительного периода стол, несильно отличающийся от предыдущей диеты. Если заболевание осложнено грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, что случается нередко, то больному необходимо принимать в небольших количествах растительное масло непосредственно перед едой, ходить по комнате некоторое время после приема пищи, воздерживаться от питья воды и напитков в перерывах между трапезами.

Стриктура уретры

Стриктура уретры представляет собой сужение мочеиспускательного канала, т. е. уменьшение просвета уретры с последующим полным или частичным нарушением ее проходимости. Почти в 80 % случаев стриктура возникает вследствие перенесенной травмы гениталий, которая связана, как правило, с падением на промежность и переломом костей таза. Установлено, что чаще всего травматические стриктуры отмечаются при переломах лонных и седалищных костей, поскольку эти повреждения сопровождаются разрывом урет-

ры (нередко сочетающимся с разрывом мочевого пузыря или прямой кишки).

В остальных случаях заболевание развивается как осложнение опухоли полового члена или уретры, а также воспалительного процесса мочеиспускательного канала с хроническим течением. Благодаря высокой эффективности методов лечения уретритов, в особенности имеющих инфекционную природу, частота встречаемости стриктур воспалительного происхождения значительно снизилась.

Особый случай представляют сравнительно нечастые послеоперационные стриктуры уретры, которые провоцируются хирургическим вмешательством по удалению аденомы предстательной железы или по лечению гипоспадии. Крайне малочисленны случаи другого варианта этой болезни - врожденной стриктуры. Врожденное сужение мочеиспускательного канала сопровождается аномалии развития уретры и полового члена.

В механизме развития стриктуры ведущую роль играет воздействие мочи на поврежденные ткани (травмированные или пораженные воспалительным процессом). В результате такого воздействия в очаге поражения происходит образование грануляционной ткани, которая в дальнейшем постепенно охватывает прилежающие здоровые ткани и формирует стягивающий стенки мочеиспускательного канала рубец.

Осложнения стриктуры многообразны, они делятся на две группы - первичные и вторичные. К первичным относятся те осложнения, которые непосредственно связаны с неполной задержкой мочи при сужении стенок мочеиспускательного канала. Изменения в мочеиспускательном канале провоцируют деформацию полового члена, образование мочевого свища и недержание мочи.

Затрудненное мочеиспускание в некоторых случаях приводит к забросу мочи в выводные протоки предстательной железы, что провоцирует возникновение простатита. Застой мочи и явления рефлюкса (подъема по мочеточникам) способствуют поражению верхних мо-

чевых путей, поэтому без своевременного лечения стриктуры возможно появление таких болезней, как хронический пиелонефрит или почечнокаменная болезнь.

К вторичным осложнениям отнесены половая дисфункция и депрессия на почве сексуальных проблем. Ранним признаком развивающегося полового расстройства является болезненное семяизвержение вследствие затрудненного прохождения семенной жидкости. Эякуляция носит ретроградный характер, т. е. часть спермы забрасывается из уретры в мочевой пузырь. Вследствие этого нарушения может возникнуть мужское бесплодие.

Клиническая картина определяется спецификой возникновения патологии, а также степенью непроходимости мочеиспускательного канала. Если сужение по своему происхождению носит травматический характер, то симптоматика включает в себя боли в области гениталий, прекращение самостоятельного мочеиспускания, выделение крови из уретры при отсутствии мочеиспускания.

Стриктуру воспалительного происхождения отличает истончение струи мочи, а в дальнейшем затруднение или даже прекращение мочевыделения. Иногда заболевание сопровождается нарушением половой функции. Важно отметить, что симптомы сужения уретры появляются по прошествии нескольких месяцев или лет. Точно заболевание диагностируется посредством уретрографии и уретроскопии.

Радикальное лечение, которое заключается в наложении надлобкового свища для отведения мочи из пузыря, применяется далеко не всегда. Зачастую, когда имеет место небольшое сужение просвета уретры, удастся справиться с заболеванием консервативными методами - бужированием и медикаментозной терапией.

Больному прописываются противовоспалительные препараты, способствующие устранению лихорадочных явлений. При выделении крови с мочой (гематурии) и в некоторых других случаях показан прием средств, обладающих антисептическим действием.

Благодаря таким препаратам осуществляется дезинфекция мочевыводящих путей.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ

Заболевания со специфическим течением совсем не обязательно должны лечиться по какой-то особой методике. В большинстве случаев лечение таких болезней проводится примерно по одинаковой схеме как у мужчин, так и у женщин. Однако нередки и исключения из этого правила, которые зависят от того, затрагивают ли особенности той или иной болезни ее этиологию, механизмы патогенеза, симптоматику и возможные осложнения. Чаще всего решающее влияние на выбор лечения оказывает специфика происхождения и течения болезни.

Рак мочеиспускательного канала

Рак мочеиспускательного канала является гораздо более редким онкологическим заболеванием мочеполовой системы, чем все остальные. Эта болезнь более характерна для женщин. Она развивается у мужчин главным образом вследствие хронического уретрита или сужения (стриктуры) уретры. У женщин же обычной причиной этой болезни выступают уретриты и доброкачественные опухоли уретры. Симптоматика и течение рака мочеиспускательного канала у мужчин обладают определенной спецификой.

Клиническая картина на начальной стадии болезни скудна, она включает в себя периодические зуд и жжение в мочеиспускательном канале, реже - болезненность при выделении мочи. Со временем симптомы становятся постоянными и ярко выраженными. Мочеиспускание больного затруднено, эрекция часто болезненна. Могут отмечаться слизистые выделения из уретры, со временем они становятся гнойными, иногда с примесью крови. На следующем этапе начинаются постоянные боли в промежности, на фоне которых развивается задержка мочи. В это время клиническая

картина болезни усложняется, поскольку опухоль метастазирует в печень, легкие и лимфоузлы.

Рекомендуется комбинированное лечение, сочетающее хирургическое удаление опухоли с пред- и послеоперационной лучевой терапией. В наиболее легких случаях удаляется головчатый отдел уретры вместе с прилегающими тканями полового члена. В более трудных случаях целесообразно удалить половой член целиком, а заодно и мошонку, ее органы и паховые лимфатические узлы.

Камни мочевого пузыря

У мужчин и женщин появление камня в мочевом пузыре может быть следствием почечнокаменной болезни, при которой конкременты образуются непосредственно в почечных лоханках, а затем спускаются по мочеточникам в мочевой пузырь. Однако происхождение этого заболевания у мужчин имеет свои особенности - образование конкрементов (так называемых первичных камней) в некоторых случаях изначально происходит в мочевом пузыре из содержащихся в моче солей.

Возникновение первичных камней у женщины почти невозможно, поскольку их причиной выступают типичные мужские или преимущественно мужские заболевания, при которых затрудняется выведение мочи из пузыря - рак и аденома предстательной железы, стриктура уретры и т. д.

На симптоматику данной формы мочекаменной болезни влияют размер камней и сопутствующие заболевания. В начальный период отсутствует такой важный признак, как приступ почечной колики, характерный для ситуаций, когда камень образовался в почечной лоханке и уже потом попал в пузырь.

Мужчина испытывает частые позывы к мочеиспусканию, которые становятся сравнительно редкими в состоянии покоя. Моча выделяется прерывистой струей. Из-за этого, а также из-за болезненности в паху (главным образом по завершении акта мочеиспускания) больному удобнее мочиться сидя.

У мальчиков позывы к мочеиспусканию особенно сильные, сопровождающиеся настолько резкими сокращениями мышц промежности, что в тяжелых случаях это вызывает выпадение прямой кишки. Боли в конце мочеиспускания отдают в головку полового члена.

И у детей, и у взрослых в моче нередко заметна кровь, главным образом выделяющаяся после активных движений, что связано с травмированием камнями (камнем) стенок пузыря. Если в эти травмы проникнет инфекция, то воспалительный процесс приведет к острейшему циститу, сопровождающемуся сильными болями.

При восходящей инфекции возможен острый пиелонефрит, который также отличают жестокие приступы. Прочие типичные осложнения болезни - острая задержка мочи вследствие закупорки устья мочевого пузыря, неукротимое кровотечение (тотальная профузная гематурия), вторичные камни мочеиспускательного канала.

Для распознавания заболевания, как правило, оказывается достаточно клинической картины, поэтому анализы и рентгенологическое обследование проводятся лишь с целью уточнения химического состава камней, их формы и размеров. Радикальное лечение заключается в операции камнесечения, которая состоит в хирургическом удалении конкрементов из пузыря. Однако применяется данный вид лечения лишь тогда, когда оказались бессильными медикаментозная и фитотерапия. Эти два метода лечения эффективны только при мелких камнях.

При одиночных крупных камнях хорошо зарекомендовало себя камнедробление. Данная процедура выполняется с использованием инструментария (литотриптора), ультразвука либо электрогидравлического удара. Однако при рассматриваемой форме заболевания камнедробление не может применяться: оно воспрещено в случае стриктуры уретры и аденомы простаты. (Кроме того, к камнедроблению не прибегают, если мочекаменная болезнь отягощена циститом.)

Прием медикаментов и препаратов на основе лекарственных растений прописывается и после удаления (разрушения) конкрементов, но теперь лечение направлено на нормализацию состава мочи, благодаря чему устраняется основной патологический фактор. Из фитопрепаратов, изготавливаемых фармацевтической промышленностью, следует назвать олиметин, ависан, пинабин, цистенал и сухой экстракт марены красильной.

Большое значение имеет диетотерапия, посредством которой также удастся нормализовать состав мочи. Диетотерапия подбирается в соответствии с видом камней. По составу мочевые конкременты подразделяются на 3 основные разновидности: ураты, фосфаты и оксалаты. Прочие разновидности встречаются сравнительно редко (особенно редки они у мальчиков). Соответственно существуют три главные лечебно-профилактические диеты.

При уратах больной потребляет меньше мясных продуктов, в особенности печени и почек. При фосфатах необходимо ограничивать себя в молоке и молочных продуктах, а также в большинстве видов овощей и фруктов. Когда конкременты являются оксалатами, употребление в пищу фруктов и овощей допускается, исключая листовые (щавель, шпинат, салат).

Грыжи

Грыжей называется выпячивание какого-либо органа в область других анатомических образований: в карманы, полости, между мышцами, под кожу и т. д. Для мужчин более, чем для женщин, характерны паховая, седалищная грыжи и грыжа белой линии живота, обладающие специфической этиологией. При этих заболеваниях содержимым грыжи обычно оказываются аппендикс, слепая и сигмовидная кишки.

Паховая грыжа встречается чаще всех остальных из перечисленных видов грыж. Она заключается в проникновении части кишечника в область паха. В некоторых случаях содержимым грыжи становится не ка-

кой-то участок кишечника, а мочевого пузыря. Существует несколько форм паховых грыж, большинство из которых в большей степени свойственны мужчинам и развиваются у них не так, как у женщин. Все разновидности паховых грыж принято подразделять на две большие группы - наружные и внутренние, называемые также косыми и прямыми.

Косая грыжа выходит за пределы брюшной полости через так называемое глубокое паховое кольцо в паховый канал и иногда проникает в мошонку. Прямая грыжа выступает из брюшной полости через паховую ямку, зачастую она является двусторонней.

По мере развития заболевания происходят смещение грыжи вниз и увеличение ее размеров. Первоначально грыжа едва прощупывается в глубине пахового канала. Затем она спускается в мошонку, отчего больной может принять ее за гидроцеле или раковую опухоль. На заключительном этапе болезни грыжа заполняет собой мошонку и оттягивает ее. По этим признакам выделяются три стадии развития заболевания: начальная, пахово-мошоночная и большая грыжа.

В отличие от гидроцеле, лимфаденита, опухолей и прочих крупных образований в области паха истинная неущемленная грыжа подвижна. Она легко вправляется через паховый канал, смещается от натуживания, меняет объем во время сотрясения внутренних органов из-за кашля или смеха.

Седлищная грыжа выходит на заднюю поверхность таза, обычно справа. Она болезненна, потому что сдавливает седалищный нерв. Из-за этого мужчина не знает наверняка, когда происходит ущемление грыжи, и подчас или впадает в панику, или демонстрирует опасное безразличие.

Грыжа белой линии живота по расположению делится на око-

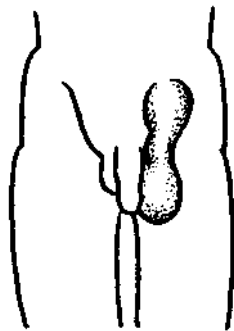


Рис. 12.
Пахово-мошоночная
грыжа

лопупочную, надпупочную и подпупочную. Иногда могут наблюдаться сразу несколько грыж белой линии, расположенных одна над другой. Эти выпячивания исчезают в положении лежа. Содержимым такой грыжи могут стать желудок, желчный пузырь, толстая кишка.

Как правило, грыжа бессимптомна, иногда ее даже не удается заметить - отсутствует характерное выпячивание. Однако известны случаи, когда грыжа сопровождается болями в подложечной области, усиливающимися после еды, а также тошнотой, подчас переходящей в приступы рвоты. Грыжа, как правило, сопутствует язвенной болезни желудка, холециститу и некоторым другим широко распространенным заболеваниям органов пищеварения.

Больной при любой из описанных грыж обычно нуждается в операции, поскольку никакие другие методы лечения не дают необходимого результата. Грыжа, если ее не устранить хирургическим путем, может вызывать серьезные повреждения внутренних органов. Паховые грыжи, например, способны травмировать органы мошонки и сделать невозможной половую жизнь. Кроме того, при грыже очень велик риск ее ущемления (сжатия в грыжевых воротах). Ущемленная грыжа не только чрезвычайно болезненна, но и опасна некрозом тканей того участка кишки, который оказался в грыжевом кармане.

Злоупотреблять ношением бандажа в целях профилактики осложнений не следует, поскольку он мало защищает от ущемлений, но ухудшает условия оперативного вмешательства. В некоторых случаях радикальное лечение противопоказано, тогда мужчине действительно необходимо носить бандаж.

Общий уход за прооперированным

После операций некоторых видов больной вполне в состоянии самостоятельно себя обслуживать, однако в ряде случаев он бывает прикован к постели на какое-то время, и тогда за ним приходится ухаживать. Уход



Рис. 13. Переодевание больного, перенесшего тяжелую операцию

включает в себя смену постельного белья, переодевание, купание, кормление больного и т. д.

Во время смены постельного белья трудным моментом является смена простыни, поскольку это необходимо выполнить с наименьшим беспокойством для больного. Вот один из наиболее простых способов смены простыни: больному помогают улечься на бок, после чего простыню с обеих сторон кровати скатывают в два валика, затем больного поворачивают на другой бок, выкатывая у него из-под спины один из валиков. Теперь старую простыню можно убирать, а на ее место постелить новую, также свернутую в виде двух валиков.

Переодеть человека, перенесшего операцию, легче. Пожалуй, сложно только сменить рубашку. Первоначально на ней расстегивают все пуговицы, затем рубашку тянут за ворот, слегка приподнимая спину больного, и таким образом полностью снимают.

Купание проводится прямо в постели во время переодевания, пока больной раздет. Кожа обтирается влажной губкой, область гениталий обрабатывается отдельно крупным ватным тампоном, тоже смоченным в воде. Для большего удобства таз с водой, куда окунается губка (тампон), помещается между ног больного. При мытье головы таз ставится в изголовье кровати так, чтобы было максимально удобно смачивать волосы мужчины. Подушка из-под головы больного, естественно, убирается. Вместо нее кладется валик, который размещается под шеей и затылком мужчины.

Почти всем прооперированным прописывается диетическое питание, обычно стол № 1 по Певзнеру или варианты этого стола, которые описаны в главе о лечении прободной язвы желудка. Некоторым больным трудно питаться самостоятельно, в таком случае им оказывает помощь кто-нибудь из родственников или медицинский работник (сиделка).

Кормление лежачего больного производится в постели, при этом желательно несколько приподнять верхнюю часть тела или даже, если такое возможно, кормить его в положении полусидя. Кормят больного с ложечки, в тяжелых случаях применяют поильник. Поскольку пища жидкая, необходимо кормить больного осторожно, следить за тем, чтобы он медленно проглатывал очередную порцию с ложки (делал медленный мелкий глоток из поильника).

Почти всем прооперированным больным, даже когда их состояние заметно улучшится, длительное время противопоказаны продукты, которые могут привести к расстройству пищеварения. Из первых блюд не рекомендуются супы с бобовыми и капустой, а также брикетные (из концентратов).

Из мясных продуктов нежелательно употребление мяса гуся и утки, любой дичи, потрохов, копченостей,



Рис. 14. Кормление перенесшего тяжелую операцию с использованием поильника (а) и ложки (б)

мясного рагу, сала, бекона, жирной рыбы (тунец, лосось), рыбных консервов, рыбных блюд под соусом или в маринаде, а также мяса раков и крабов. Из прочих продуктов животного происхождения рекомендуется избегать твердых, острых, выдержанных и жирных сыров.

Некоторые овощи перегружают желудок и кишечник, провоцируют запоры или поносы, приводят к вздутию живота. Это в первую очередь огурцы, бобовые, грибы, лук, капуста разных сортов, репа, свекла, картофель в жареном виде. Фрукты и ягоды, обладающие таким же действием на пищеварение, - сливы, груши, инжир, маслины, черешня и вишня. Употреблять их нужно только в том случае, если это разрешает врач и не наблюдается негативных явлений. Нехватка витаминов в связи с отказом от ряда ценных продуктов компенсируется использованием комплексных биодобавок.

В числе прочих нежелательных для прооперированного больного продуктов необходимо отметить свежий белый и ржаной хлеб, тосты; сладкую выпечку из свежего теста на дрожжах, пончики; майонез в больших количествах, острые соусы, горчицу, уксус, шафран.

Из напитков противопоказаны газированная вода, морсы, спиртное. Молоко и молочные продукты (кефир и т. д.) допустимо включать в рацион лишь при условии, что они не нарушают нормальную работу ки-

шечника. Больной лучше знает, как действует молоко на его организм, поэтому самостоятельно решает для себя вопрос о его употреблении.

Содержание калоприемника

Стома накладывается не только при болезнях мочевыводящих путей. Отверстие для вывода мочи, связанное напрямую с мочеточником, называется уростомой. Кроме уростомы существуют и другие типы стом. После некоторых операций на желудочно-кишечном тракте больным приходится выводить какой-либо участок кишечника наружу для удаления каловых масс. Если выводится толстая кишка, то ее выходное отверстие называется колостомой, а если подвздошная — илеостомой.

Колостома располагается на брюшной стенке слева, а илеостома - справа, но иногда отверстие локализуется иначе. Размеры стомы бывают от 2 до 5 см. Ухаживать за ней сравнительно несложно, поскольку прикосновение к стоме совершенно безболезненно. Иногда из нее выделяется небольшое количество крови, но это вполне естественно. При обильном или продолжительном кровотечении, а также при сильном раздражении или воспалении тканей в области стомы необходимо обратиться за медицинской помощью.

Поскольку стома лишена запирающей мышцы, в отличие от ануса, из нее с определенной частотой непроизвольно выделяется несформированный кал в количестве около 1 л. Выделение через илеостому происходит чаще - через 4 ч после приема пищи. Однако благодаря средствам по уходу за стомой это не мешает вести полноценный образ жизни. Мужчина со стомой может наравне со всеми работать, отдыхать, вести половую жизнь.

Главное приспособление по уходу за стомой называется калоприемником. Это вместилище, предназначенное для сбора выделений из кишечника. Следует знать, что в новом режиме кишечник начинает нормально работать не сразу. Регулярное его опорожнение устанавливается только по прошествии нескольких не-

дель после операции (иногда до полугода), что требует особо тщательной заботы о гигиене стомы.

Калоприемники подразделяются на одно- и двухкомпонентные системы. В первом случае калоприемник представляет собой самоклеющийся стомный мешок, а во втором - такой же мешок, но с адгезивной пластиной. Существует много вариантов стомных мешков, что позволяет выбрать такой, который наиболее удобен в применении: прозрачный или непрозрачный, закрытый или открытый и т. д. Открытые калоприемники можно промывать, что позволяет их неоднократно использовать. Все модели мешков снабжены фильтром, поглощающим неприятные запахи.

Менять мешки нужно 1 или 2 раза в день. Использованный мешок опорожняют в унитаз и выбрасывают. Во время смены калоприемника полагается омыть кожу вокруг стомы теплой водой с мылом или каким-нибудь очищающим средством (например, кремом «Comfeel»). Во время выполнения этой процедуры следует удалить волосы вокруг стомы. Кожу подсушивают, промокая мягким полотенцем.

Затем надевается новый калоприемник. Сначала на кожу приклеивается адгезивная пластина. Для этого с нее снимается защитный бумажный слой, по трафарету в ней вырезается отверстие, на 3–4 мм превосходящее диаметр стомы. Затем пластина согревается руками и накладывается отверстием точно к стоме. Пластина аккуратно приклеивается к коже, затем на ее кольцо насаживается стомный мешок. О том, что все сделано правильно, свидетельствует щелчок. Дополнительным креплением послужит ремешок, который можно продеть через специально предназначенные для этой цели ушки на кольце стомного мешка.

Следует заметить, что адгезивную пластину менять каждый раз вместе со сменой калоприемника необязательно. Ее заменяют на новую только тогда, когда наблюдается нарушение герметичности (пластина приобретает белесоватый цвет).

Большое значение для стомированных больных имеет рациональное питание, способствующее эффек-

тивной регуляции опорожнения кишечника. Мужчине придется исключить из меню такие блюда, которые провоцируют поносы, запоры, метеоризм и другие кишечные расстройства, затрудняющие нормальное образование и эвакуацию каловых масс, а также затрудняющие соблюдение личной гигиены.

Если какие-либо нарушения диеты привели к слабому (не требующему специальной медицинской помощи) расстройству кишечника, то больному следует, заручившись согласием врача, провести ирригацию - контролируемое опорожнение кишечника путем промывания. В колостому посредством клизмы медленно вводится до 0,5 л теплой воды, после чего жидкость самостоятельно покидает кишечник.

Промывание проводят не чаще 1 раза в день (обычно 1 раз в 2 дня). Стул после описанной процедуры пропадает на сутки или больший срок. Надевать калоприемник в это время необязательно, достаточно воспользоваться анальными тампонами («Conseal», «Mini Cap» и т. д.). Промывание подвздошной кишки воспрещается!

Секс после операции на гениталиях

На консультации с врачом мужчина получает возможность решить вопрос о том, когда можно начинать сексуальную жизнь после перенесенной операции на половых органах. В первые 3 дня после операции коитус невозможен. Несмотря на недопустимость травмирования или раздражения прооперированных органов, подмываться все равно следует, разумеется, с соблюдением мер предосторожности.

Туалет гениталий в это время сводится к протиранию их и промежности губкой, смоченной в теплой воде. Однако нужно следить за тем, чтобы в течение указанного срока вода не попадала в операционную рану. Если во время мытья промок бандаж, его необходимо сменить. Начиная с 4-го дня в случае легкой операции (например циркумцизии) допустимо в обычном режиме принимать душ и ванну.

Если в первые дни после операции возникли болевые ощущения в области раны, то нужно приложить к ней сухое тепло в виде любого нагретого предмета, обернутого в ткань. Можно использовать соль, слегка подогретую на сковороде и сыпанную в полотняный мешочек. Хорошим источником тепла служит процедурная лампа домашнего пользования, приобрести которую можно в магазинах медицинской техники.

Как правило, сексуальная жизнь возобновляется по прошествии 3 недель со дня операции. Уже за неделю до этого можно заниматься петтингом. Когда эрекция причиняет боль и приводит к расхождению краев операционной раны, препятствуя формированию рубца, петтинг практиковать нежелательно. Лучше вообще в подобной ситуации избегать эротических стимуляторов, чтобы не вызывать сексуального возбуждения.

Когда становится возможным возобновить интимные отношения с партнершей, мужчине следует опять-таки соблюдать известную осторожность в течение некоторого времени (около 2 недель, иногда дольше). Дело в том, что каждый половой акт связан с большими нагрузками на мужской организм. Поэтому поначалу прооперированному требуется особый режим сексуальных сношений, исключающий эксцессы.

В это время рекомендуется практиковать позиции, при которых нагрузка на половые органы мужчины минимальна, т. е. не оказывается сильное давление или трение. Данные требования исключают, в частности, положения «мужчина сверху» (при котором мужчина наиболее активен, что означает усиление воздействия трением) и «женщина сверху» (при котором партнерша создает своим весом большое давление на паховую область).

Оптимальным вариантом следует считать положение на боку, когда партнеры лежат лицом к лицу. При такой позиции проникновение неглубокое и скорость фрикций невысока. Если по завершении акта отмечаются незначительные боли в области операционной раны, необходимо принять 1 таблетку парацетамола.

Сексуальные сношения полностью прекращаются, если из раны обильно выделяются жидкость или гной. Признаком того, что восстановление нормальной функциональной активности тканей еще не произошло, свидетельствуют нарушения мочеиспускания, на которые тоже нелишне вовремя обратить внимание. Также следует отказаться от половой жизни при повышенной температуре. В некоторых случаях повышение температуры сопровождается появлением общих симптомов инфекции, к которым относятся головная и мышечные боли. Целесообразно при всех перечисленных сигналах неблагополучия обратиться к врачу-урологу или хирургу.

Глава 4

СЕКСУАЛЬНЫЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Проблема невозможности ведения полноценной половой жизни включает сексуальные расстройства, затрагивающие исключительно мужскую половую сферу, и совместные сексуальные проблемы, связанные в известной степени с сексуальными особенностями партнерши.

Сексуальные расстройства подразделяются на эректильные нарушения, которые иногда называются устаревшим медицинским термином «импотенция», и на нарушения семяизвержения и снижение полового влечения вплоть до холодности (фригидности). С сексуальными расстройствами тесно связаны проблемы дисгамии и бездетности. Основной фактор бездетности - мужское бесплодие.

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО МУЖСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Расстройства эрекции (то, что прежде называлось импотенцией) принимают различный облик. В значительном числе случаев имеет место псевдоимпотенция, т. е. состояние, когда больной безосновательно предполагает наличие у себя нарушений потенции. Группа истинных расстройств подразделяется на первичные и вторичные. В составе первичных сексопатологии выделяют следующие формы импотенции: паторефлекторную, дисрегуляторную, абстинентную и конституци-

онно-генетическую. Вторичные тоже многочисленны, однако у психически здоровых мужчин они встречаются преимущественно в форме эндокринной или урологической патологии, а также как следствие интоксикации организма.

Псевдоимпотенция

Прежде всего стоит упомянуть о так называемых мнимых нарушениях потенции. Под ними понимается подавленное психологическое состояние, вызванное подозрением мужчины на наличие у себя импотенции. Боязнь несуществующего заболевания возникает в силу нескольких причин.

Мужчина может «обнаруживать» у себя какие-либо изъяны, ошибочно полагая, будто бы есть нечто, препятствующее нормальному сексуальному контакту с женщиной. Мужчину нередко смущают некоторые особенности его телосложения, вес, особенности строения половых органов (главным образом длина и толщина пениса в состоянии эрекции, в меньшей мере - объем яичек), перенесенные в прошлом заболевания, шрамы от травм на теле, в т. ч. в области гениталий.

Некоторые мужчины опасаются, что к ослаблению потенции могут привести занятия мастурбацией (ипсацией), однако такой взгляд ошибочен. Мастурбационный акт в большинстве случаев совершенно безвреден для организма. Ипсацией занимались в определенный период своей жизни (в т. ч. хотя бы один раз) 75 % всех мужчин.

Естественно, максимальной интенсивности эти занятия достигали в период юношеской гиперсексуальности. Установлено, что первая эякуляция у 45 % мастурбировавших подростков была именно во время акта ипсации (51 % случаев приходится на ночные поллюции и только 4 % - на коитус). Средняя продолжительность периода, в течение которого практиковалась мастурбация, составляет примерно 5-6 лет. При этом ее максимальная интенсивность оценивается в 4-5 актов за неделю.

Почти полностью необходимость в мастурбации отпадает с началом регулярной половой жизни (в среднем в возрасте около 24-25 лет). Однако ипсация сохраняет определенное значение и в последующем. С помощью нее мужчина может усилить эрекцию перед началом полового акта или поддерживать эрекцию в промежутках между эксцессами.

Кроме того, вполне вероятно, что мужчина предъявляет к себе завышенные требования. Эти требования затрагивают преимущественно число сношений в неделю и в сутки, поскольку данный количественный показатель воспринимается как очевидное доказательство сексуальной состоятельности.

Из-за такого отношения к себе возрастают неуверенность и нервозность мужчины, что приводит к повторению неудач (фиаско) в постели. Повторные неудачи закрепляют уверенность в наличии выдуманной проблемы. Если больной фиксируется на повторных случаях фиаско, то это приводит к развитию истинной импотенции в паторефлекторной форме. Лечение псевдоимпотенции сводится к психокоррекции с помощью специалиста.

Первичные и вторичные расстройства потенции

Описание первичных эректильных расстройств следует начать с *паторефлекторной формы*, которая отчасти близка к псевдоимпотенции. Данная форма, отмечающаяся у мужчин в возрасте от 20 до 30 лет, объединяет все расстройства потенции, которые обусловлены так называемой невротической фиксацией. Почти каждый мужчина попадает в ситуацию, когда осуществление коитуса оказывается невозможным из-за каких-то отвлекающих внешних влияний.

Чаще всего в числе факторов, препятствующих нормальному половому акту, оказывается эмоциональное напряжение. Источником такого напряжения обычно выступает страх, например, боязнь заразиться от новой партнерши венерическим заболеванием или опасе-

ние разбудить спящего в соседней комнате ребенка. В других случаях причиной являются нерешительность и растерянность, например когда осуществляется дефлорация партнерши. Известны случаи, при которых эмоциональное напряжение связано с патологической идеализацией партнерши: мужчина полагает, что недостоем такой женщины, и старается доказать ей свою сексуальную состоятельность, вследствие чего совершает ошибки.

Что касается упомянутых выше отвлекающих влияний, то сюда обычно причисляются внезапно доносящиеся откуда-либо резкие и сильные звуки - крики, телефонные звонки, сирены, гудки клаксона, выстрелы от подожженных петард и т. д.

Другая частая причина неудачного полового акта заключается в неправильном проведении предварительных ласк, в силу чего нарушается весь копулятивный цикл. Слишком длительные ласки, грубое стимулирование мужских гениталий, неадекватная стимуляция (болевые воздействия, шекотка и т. д.), злоупотребление мастурбацией в ходе подготовки к половому акту - все это приводит к ослаблению либо полному исчезновению эрекции, а также к задержке либо отсутствию семяизвержения.

Возможны, хотя относительно редки, и другие ситуационные моменты. В большинстве случаев ситуационный момент, ставший источником неудачи во время сношения, просто забывается. Но случается и такое, что мужчина фиксируется на нем, из-за чего теряет в себе уверенность и начинает ошибочно полагать, будто теперь фиаско будет преследовать его постоянно. Последующие попытки осуществить половой акт действительно оказываются безуспешными, но происходит это вовсе не из-за наличия у мужчины какого-то дефекта половой функции, а потому, что фиксация на ситуационном моменте, т. е. элементарная заикленность на единственной неудаче, способствовала выработке патологического условного рефлекса. Развивающиеся нервозность и раздражительность истощают психику и приводят к расстройству потенции.

В зависимости от половой конституции мужчины паторефлекторная форма импотенции проявляется различно. У мужчин со слабой конституцией отмечаются обычно снижение либидо, слабая эрекция, отсутствие эякуляции. При этом больному могут сниться эротические сны, во время которых у него происходят поллюции. При средней половой конституции симптомы полового расстройства выражаются в изолированном нарушении либо эрекции, либо эякуляции. При сильной половой конституции подобные расстройства почти неизвестны.

Дисрегуляторная форма возникает вследствие излишне частой практики пролонгированного либо прерванного полового акта. Обе техники сексуальных сношений используются мужчинами, пытающимися таким образом предотвратить беременность у своих партнерш.

Пролонгированный акт заключается в предупреждении эякуляции путем извлечения полового члена из влагалища незадолго до кульминационной фазы коитуса. Мужчина мануально и орально стимулирует женщину в ожидании, пока понизится уровень сексуального возбуждения. Затем партнер опять осуществляет пенетрацию. Так повторяется несколько раз, но эякуляция ни в одном из случаев не наступает. Либо когда она происходит, мужчина эякулирует вне половых органов партнерши. Эякуляция после выведения пениса из полового тракта женщины может применяться и сама по себе, тогда эта техника называется прерванным половым актом.

Указанная техника, безусловно, обогащает разнообразие сексуального поведения, но при злоупотреблении ею более чем вероятны осложнения трех родов: застойные явления в органах малого таза, которые поражают преимущественно предстательную железу, заднюю уретру и ответственный за возникновение оргазма семенной бугорок; нарушения высшей нервной деятельности, возникающие в силу внезапного подавления процессов возбуждения в коре головного мозга; истощение соответствующих функций спинного мозга, связанных с эрекцией и эякуляцией.

Наибольшему риску заболеть дисрегуляторной формой импотенции подвергаются мужчины с гормональным дисбалансом, возникшим по причине дисфункции коркового слоя надпочечников. Также замечено, что заболевание обычно поражает мужчин, у которых отношение роста к длине ноги (трохантерный индекс) равняется 1,91-1,93.

Например, такое значение индекса отмечается при длине ноги 95 см и росте 181 см: $181 / 95 = 1,91$.

Диагностика дисрегуляторной формы импотенции основывается на следующих признаках: снижении эрекции по мере прогрессирования заболевания, преждевременной эякуляции, иногда при притуплении оргастических ощущений. Либидо обычно в норме. Поскольку потребность в сексе остается на прежнем уровне, настроение до и после занятий любовью ухудшается, что усугубляет развитие расстройства. При наличии застойных явлений отмечаются отдельные симптомы, делающие клиническую картину сходной с таковой при хроническом простатите.

Лечение этой формы затруднительно в силу того, что для нее характерны спонтанные улучшения. Спустя некоторое время от начала курса психотерапии у мужчины отмечается нормальная эрекция. Больной успешно осуществляет половой акт и прекращает посещать врача, полагая, будто наступило выздоровление. Однако это временное улучшение, через несколько дней болезнь принимает прежнее течение.

Главным образом терапевтические мероприятия сводятся к оказанию профессиональной психологической помощи. Застойные явления в органах мочеполовой системы устраняются помимо прочего специальными физическими упражнениями и массажем - в точности такими же, как и при хроническом простатите (см. главу 2).

Абстинентная форма развивается исключительно у лиц, которые жили постоянной половой жизнью в течение какого-либо срока. Возникновение этой формы импотенции связано с длительным половым воздержанием по причине болезни, отъезда в командировку, бе-

ременности жены и т. д. Затяжной перерыв в сношениях, которые до этого отличались регулярностью, приводит к детренированности половой функции, застойным явлениям в простате, а также нарушению функциональных связей между простатой и яичками. Заболевание свойственно главным образом мужчинам старше 50 лет со слабой половой конституцией.

Клиническая картина включает снижение либидо, эректильные расстройства, преждевременное семяизвержение, повышенную мнительность, нервозность, заикливость на своем фиаско. На начальном этапе заболевания, который носит название физиологической стадии, у мужчины либидо пока еще сохраняется в пределах нормы, иногда даже слегка повышено. У таких мужчин возможны спонтанные эрекции и ночные поллюции. На физиологической стадии специального лечения не требуется, лишь небольшая психокоррекция, поскольку спустя некоторое время потенция восстанавливается естественным путем. На следующей стадии (патологической) либидо и эрекция значительно снижаются, отмечается раннее семяизвержение, поллюции отсутствуют. Больной нуждается в квалифицированной медицинской помощи.

При конституционно-генетической форме импотенции мужчина обладает половой конституцией, абсолютно непригодной для реализации сексуального инстинкта. Неполноценность конституции предопределена на генетическом уровне и лечению не подлежит, возможна только коррекция сексуальной активности больного.

Признаками данной формы расстройства потенции являются замедленное половое созревание (задержка на 2-3 года), позднее пробуждение либидо (около 18 лет), низкая потребность в сексе, слабость эрекции, вялость эякуляции (нет характерного выброса «струей»), сниженные оргастические ощущения, иногда слабое оволосение на лобке, груди и в подмышечных впадинах. Обычно больной поначалу отказывается признать факт полового расстройства и обращается к сексопатологу только по настоянию супруги.

Вторичные расстройства потенции подразделяются на эндокринную патологию, урологическую патологию и интоксикацию. Симптомы эндокринных нарушений обуславливаются гормональным дисбалансом, который определяет невозможность эффективной гормональной регуляции половой функции (подробнее см. главу 6). Урологическая патология, провоцирующая вторичную импотенцию, как правило, является следствием воспаления предстательной железы.

Типичными случаями интоксикации являются хроническая алкогольная и никотиновая интоксикации. Алкоголь влияет на сексуальность мужчины более интенсивно, чем никотин. И тем не менее последствия злоупотребления спиртным и чрезмерного табакокурения одинаковы, только наступают в разные сроки: ослабление либидо, уменьшение числа адекватных эрекций, снижение оргастических ощущений. Нарушения эякуляции разнятся. При алкоголизме отмечается задержка семяизвержения вплоть до полного его отсутствия. Табакокурение приводит к развитию преждевременной эякуляции.

Нарушения семяизвержения

Одним из наиболее типичных нарушений извержения семени у мужчин является преждевременная эякуляция, т. е. такое расстройство, при котором слишком мало время выбрасывания спермы. Уже после нескольких фрикций у мужчины начинается семяизвержение, а в некоторых случаях оно происходит еще до введения пениса во влагалище (так называемая «эякуляция у входа»).

Очевидно, что по причине данного полового расстройства у женщины почти никогда не наступает оргазм из-за слишком слабой стимуляции ее гениталий. При «эякуляции у входа» половой акт вообще оказывается невозможным, поскольку после семяизвержения эрекция сразу же пропадает. Таким образом, преждевременная эякуляция является серьезным препятствием для ведения полноценной сексуальной жизни.

ни и выступает источником дисгармоничных отношений между партнерами.

Распознавание заболевания не составляет трудности. В начале полового акта возбуждение мужчины оказывается чрезмерно высоким, и спустя ничтожно малое время неожиданно для него во время фрикций начинается выбрасывание спермы. После этого напряжение полового члена чрезвычайно быстро пропадает и потом с трудом восстанавливается. При попытках эякуляции эрекция слабая, а эякуляция наступает еще быстрее, нередко перед входом во влагалище.

До начала заболевания мужчина отмечал, что время извержения семени в разных ситуациях было неодинаковым, однако всегда гораздо более протяженным, чем теперь. Половой акт обычно доставлял партнерше удовлетворение, она довольно часто испытывала оргазм.

Отдельные случаи ранней эякуляции возможны и у здорового мужчины. Например, если он сильно возбужден бельем или парфюмом женщины или если предварительные ласки длились чрезвычайно долго. Значительное сокращение времени выбрасывания спермы происходит в некоторых позициях или при определенных условиях осуществления фрикций: ноги партнерши тесно сжаты; партнерша обхватила ногами поясницу партнера; партнерша совершает круговые движения тазом; партнерша во время фрикций мануально ласкает мошонку и (или) корень полового члена; влагалище женщины слабо увлажнено и т. д. Иначе нужно расценивать ситуацию, когда раннее семяизвержение наступает всякий раз или в большинстве случаев при попытке полового сношения, что и позволяет диагностировать заболевание.

Причины преждевременной эякуляции долгое время не были точно известны, и сегодня полной ясности в этом вопросе по-прежнему нет. Наиболее вероятными патологическими факторами представляются сильная половая конституция, синдром парацентральных долек и колликулит.

Сильная половая конституция заключается в том, что у мужчины повышены в сравнении с условным

средним уровнем потенция и сексуальная возбудимость, что и обуславливает ускорение семяизвержения. Во внешности больного патологически высокая потенция иногда никак не выражается, т. е. не следует думать, будто бы мужчина с сильной половой конституцией обязательно должен быть маскулинным и физически развитым. Таким образом, диагностика этой формы заболевания может осуществляться лишь профессиональным сексопатологом или психиатром. Этими же специалистами проводится лечение.

Синдром парацентральных долек представляет собой нервное расстройство, которое развивается вследствие поступления в центры семяизвержения в коре головного мозга серии импульсов, возникших непроизвольно, как при эпилептическом припадке. Лечение этой формы преждевременной эякуляции исключительно медикаментозное.

Колликулит, или воспаление семенного бугорка, является причиной преждевременного семяизвержения, изученной лучше всего. Поражаемый при этой болезни семенной бугорок локализуется на стенке мочеиспускательного канала в той его части, которая проходит внутри предстательной железы.

Во время полового акта сперматозоиды смешиваются с секретом простаты и семенных пузырьков, и получившаяся в результате сперма под давлением поступает в уретру, где раздражает семенной бугорок. Импульсы от этого маленького органа повышают нервное возбуждение в коре головного мозга настолько, что мужчина на несколько секунд переходит в особое состояние нервной системы, принципиально отличное от сна и бодрствования, - оргазм.

При воспалении раздражимость семенного бугорка возрастает, следствием чего становятся преждевременная эякуляция и изменение оргастических ощущений. Колликулит следует рассматривать как осложнение хронического простатита, другие причины этой болезни неизвестны.

Самостоятельное лечение преждевременной эякуляции допустимо только при условии, что оно высту-



Рис. 15. Приемлемая сексуальная позиция при преждевременной эякуляции

пает в качестве дополнительного к курсу, назначенному сексопатологом (психиатром). Доступные всем для применения дома терапевтические методы направлены на компенсацию тех негативных явлений, которые

сопутствуют сильной сексуальной конституции, и на лечение колликулита.

Половую конституцию человека изменить невозможно, однако реально уменьшить механические возбуждающие влияния во время коитуса, что будет способствовать увеличению продолжительности полового акта. Методика уменьшения возбуждающих влияний опирается на применение специальной техники секса, а также использование презервативов или медикаментозных препаратов.

Что касается техники секса, то из обширного спектра эротических воздействий партнеры должны полностью исключить оральные и мануальные ласки полового члена, а также позиции, в которых трение пениса максимально (перечислены выше). Если у женщины клиторальный оргазм, т. е. она получает максимальное удовлетворение от воздействия на клитор, то имеет смысл практиковать позиции, в которых проникновение пениса во влагалище неглубоко. К ним относятся позы на боку лицом к лицу, на боку со спины, женщина сверху спиной к лицу мужчины, стоя лицом к лицу и некоторые другие.

При вагинальном типе оргазма у женщины разумно будет сделать акцент не столько на технику сношения, сколько на использование дополнительных средств стимулирования женщины. Этой цели служат разнообразные приспособления, продающиеся в секс-шопах, главным образом насадки и фаллоимитаторы (вибраторы). Насадки наиболее выгодны, поскольку позволяют мужчине проявлять во время сношения привычную активность и вместе с тем при неглубоком введении члена обеспечить максимальное стимулирование влагалища.

Существует много разнообразных моделей вибраторов, однако наиболее удобными следует признать те, которые можно закрепить на лобке посредством ремешков, застегивающихся на бедрах. При таком расположении фаллоимитатор можно без малейшего дискомфорта вводить в половой тракт женщины. Более того, в ходе стимулирования влагалища партнерши

мужчине достаточно совершать движения тазом, как во время фрикций.

То есть управление вибратором предельно просто и естественно, но дарит женщине те же ощущения, что и эрегированный член. При этом партнерам не следует беспокоиться о выборе позиции: с таким приспособлением можно заниматься сексом в любимых позах и свободно экспериментировать, осваивая новую технику.

Есть фаллоимитаторы, которые управляются вручную. Они, разумеется, проигрывают предыдущему типу, поскольку не обеспечивают желаемой естественности. Однако благодаря тому, что такой вибратор держат в руке, достигается большая возможность стимулирования стенок влагалища. Мужчина в состоянии совершать им такие движения, которые не сумеет выполнить, двигая тазом.

Кроме того, партнерша получает полную свободу направлять руку мужчины и тем самым подсказывать, какие манипуляции дарят ей наиболее приятные ощущения. Не стоит забывать и о том, что использование вибратора, управляемого вручную, привносит в занятия любовью некий игровой элемент, а это препятствует излишнему акцентированию внимания мужчины на проблемах с эякуляцией.

Вне зависимости от типа оргазма у партнерши мужчина должен больше внимания уделять дополнительной стимуляции - любовной прелюдии, куннилингусу, прочим оральным, а также мануальным ласкам партнерши. Куннилингус иногда путают с оральными ласками, однако это частный их случай. Под куннилингусом понимается исключительно оральный секс гениталий. Между тем оральные ласки вообще крайне разнообразны, они предполагают воздействие на самые разные внегенитальные эрогенные зоны. Названные дополнительные формы интимного контакта предоставляют широкий спектр возможностей для возбуждения женщины благодаря богатому разнообразию чувственных прикосновений (пальцами и языком) к коже.

При должной подготовке женщина испытывает оргазм нередко в ответ на введение пениса во влагалище

(пенетрацию). Конечно, желательно все же не полагаться исключительно на перечисленные приемы эротического стимулирования женщины, а находить способы практиковать традиционный коитус с пенетрацией.

Пенетрация имеет большое символическое значение для обоих партнеров, воплощает в себе суть сексуальной интимности. Мужчина и женщина достигают таким образом максимального физического единения, разделяя друг с другом тепло своих тел. Поэтому даже временный отказ от пенетрации негативно влияет на отношения между партнерами, в т. ч. крайне отрицательно сказывается на психике женщины. Из-за этого уверенность мужчины в себе пошатнется, и лечение полового расстройства затянется либо окажется малоэффективным.

Особенно ярко это выражено в тех парах, которые практикуют ограниченное число сексуальных техник, а все прочие находят неприемлемыми. Сходная картина наблюдается у супругов с большим стажем (порядка десяти лет и выше): процессы взаимной адаптации и рутинизации позволили мужу и жене найти такие формы интимного общения, отказываться от которых трудно. В обоих случаях секс с пенетрацией занимает доминирующее положение в числе этих форм полового контакта, а зачастую оказывается единственной формой.

Значительно снижает чувствительность полового члена применение местных анестетиков и презервативов, благодаря чему длительность полового акта может заметно возрасти. Партнерше стоит воспользоваться смазками - искусственными увлажнителями влагалища. Эти средства значительно уменьшают трение во время фрикций.

Лечение колликулита как самостоятельного заболевания не проводится, оно входит в курс лечения первичного заболевания, т. е. простатита (см. главу 2). Большое внимание необходимо уделять массажу предстательной железы и связанных с ней рефлексогенных зон. Воздействие на эти зоны оказывается разными методами, определенной популярностью пользуется техника шиаци.

Про массаж шиацу говорится, что, применяя его, можно излечить и тело, и душу, поскольку ласковое и вместе с тем энергичное прикосновение любящего человека исцеляет, снимает стресс и раздражительность, устраняет усталость, увеличивает чувственность. Основанный на знании чувствительных зон тела, этот вид массажа восходит к старинным приемам восточной акупрессуры (точечного массажа, по-японски - «амма»).

В окончательном виде техника шиацу очень молода, она не насчитывает и 50 лет. Создателем данной техники является японский исследователь амма Токиюиро Намикоши, который и предложил для нее название: с японского языка «си» переводится как «пальцы», «ацу» - «надавливание». Ключевым моментом шиацу является способ интенсивного воздействия подушечками пальцев, близкого по энергичности к разминанию в классическом европейском массаже. Следует помнить, что к акупрессуре воспрещается прибегать в период обострения простатита.

В ходе лечения воспалительного процесса предстательной железы, отягченного колликулитом, показан прессинг следующих зон.

1. Зона между пупком и лобковой областью; ее полагается массировать в течение 5-7 мин.

2. Зоны заднепроходного отверстия и промежности; они массируются поочередно и на каждую уделяется по 1 мин; общая продолжительность сеанса массажа составляет 6 мин.

3. Зона крестца; массируется около 5 мин, при этом рука совершает периодические движения вверх - вниз, чтобы охватить все находящиеся здесь биологически активные точки.

Нельзя оставлять без внимания медитацию и ауто-тренинг, которые приносят успокоение и тормозят процессы возбуждения, связанные с сексуальными раздражителями. В ходе выполнения упражнений из разряда психических практик целесообразно вообразить собственную простату, заполненную лучистым сгустком. В дальнейшем необходимо мысленно увели-

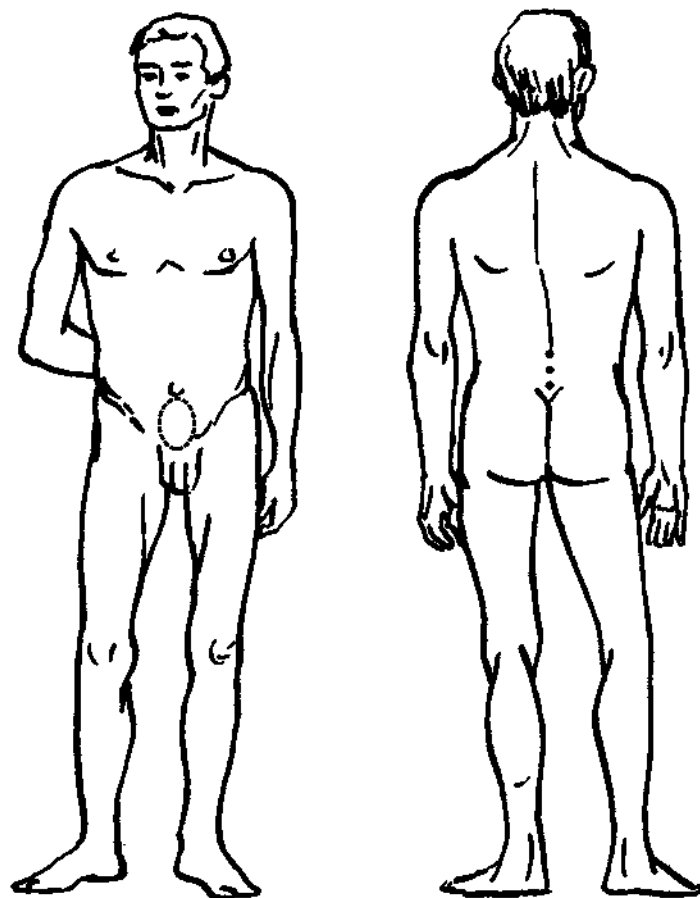


Рис. 16. Некоторые области для шиацу при колликулите

чивать этот сгусток света до тех пор, пока он не заполнит собою весь таз, захватив при этом и наружные половые органы.

Известное внимание требуется уделять оздоровительной диете. Из рациона необходимо полностью исключить продукты, которые действуют на человека возбуждающе: артишоки, корицу, ваниль (имеются в виду стручки ванили, а не ванилин), перец, оливковое масло, грецкие орехи, чернослив, бананы, кофе, мед, ост-

рые сыры. Спиртные напитки в период лечения также противопоказаны, но связано это не с половой возбудимостью (алкоголь ее понижает, хотя и стимулирует либидо): дело в том, что этиловый спирт, как и многие другие отравляющие вещества, усугубляет течение половых расстройств.

Явление преждевременной эякуляции, обычно в формах, сопутствующих импотенции, устраняется посредством спазмолитиков и сосудорасширяющих препаратов – спазмолитина, апрофена, тифена. Если раннее семяизвержение развивается на фоне невроза, целесообразно использовать аклиман, беллоид, сульфат магния, теобромин.

По мере выздоровления у мужчины будут отмечаться сначала усиление эрекции при попытках эксцессов и незначительное увеличение времени извержения спермы. В дальнейшем длительность фрикций возрастет до 2–3 мин, что условно признается нижней границей нормы.

Коррекция мужской сексуальности

Консервативные методы лечения импотенции многочисленны, они включают в себя воздействие на половой член вакуумом, внутренний прием и инъекции специальных медикаментов, применение биостимуляторов, фитотерапию, физические упражнения, точечный массаж.

Сегодня у мужчин особенно велико искушение заняться самолечением, что объясняется рекламой препаратов вроде виагры или йохимбина, а также широким распространением фитотерапии.

Однако самостоятельное лечение половых расстройств чрезвычайно опасно, поскольку они всегда многообразны и точно диагностировать их без проведения лабораторных анализов представляется невозможным. А поскольку в домашних условиях невозможно определить форму и причину заболевания, нельзя и назначить действенного лечения. В результате такого «исцеления» импотенция в лучшем слу-

чае принимает запущенную форму, в худшем — тяжелую, что делает ее практически неизлечимой.

Воздействие вакуумом осуществляется в клинических условиях с использованием так называемых вакуум-констрикторных устройств. Медикаментозная терапия опирается на прием таблеток и инъекции специальных средств. Широко разрекламированные таблетки виагры и препараты йохимбина показаны лицам преимущественно в возрасте до 50 лет при пониженной сексуальной возбудимости и слабом кровообращении в органах малого таза. При наличии болезней сердца, особенно когда прописаны нитраты, применение этих стимуляторов обычно противопоказано. Имеются и другие противопоказания. Приобретать означенные средства необходимо только по рецепту и только в аптеках, чтобы избежать подделки.

Когда использование виагры и йохимбе не является достаточной мерой, врач может прописать инъекции в кавернозные тела препаратов эдекс либо каверджект. К этой мере прибегают нечасто, потому что после инъекций остаются небольшие шрамы на коже пениса. Самостоятельно (но только при одобрении врача) допустимо использовать стимуляторы, полученные из биологически активных веществ, влияющих на обменные процессы. К этим средствам относятся препарат маточного молочка апилак, витамины А, В1 и особенно Е.

Большой популярностью пользуется траволечение. Из аптечных фитопрепаратов в данном случае показаны к применению настойки корня женьшеня, заманихи высокой, аралии маньчжурской, пиона уклоняющегося и некоторые другие. Эти настойки добавляются в чай в количестве 15–20 капель 3 раза в день до еды, если нет других показаний. Настойка пиона при наличии у больного повышенной возбудимости и ипохондрического (или фобического) состояния принимается в дозировке 40 капель.

Эти препараты, кроме настойки пиона, обладают тонизирующим действием, поэтому в ходе их приема важно соблюдать дозировку и прибегать к успокаивающим физиопроцедурам, смягчающим действие стиму-

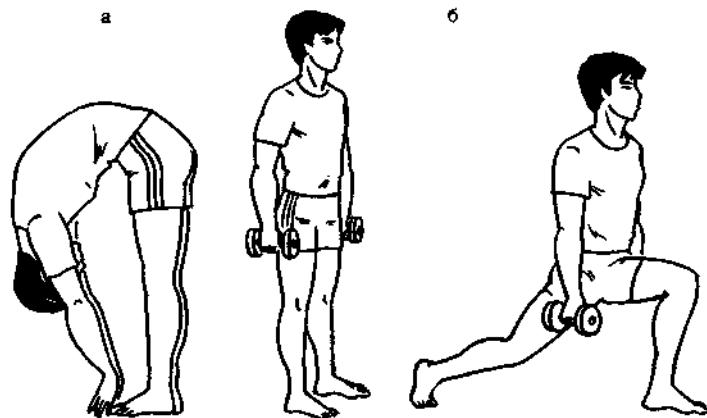


Рис. 17. Упражнения для повышения потенции: а – наклоны; б – шаг вперед с приседанием

ляторов. Как правило, в них включают хвойные и морские ванны. Их можно принимать и в домашних условиях, применяя хвойный экстракт или морскую соль, которые добавляются в воду.

Упражнения для повышения потенции разнообразны, однако важнейшими из них следует назвать те, которые способствуют, во-первых, усилению кровообращения в органах малого таза, а во-вторых, улучшению осанки и повышению эластичности мышц спины. Упражнения для спины полезны тем, что они формируют оптимальную линию позвоночного столба, благодаря чему возрастает проводимость спинного мозга, являющегося важным центром управления рефлексом эрекции и эякуляции.

Простейшими упражнениями для повышения потенции служат наклоны. Выполнять их нужно по 3-4 раза в день, начиная с 10-20 наклонов (в зависимости от состояния позвоночника и возможностей организма). Спустя некоторое время мужчина заметит, что слабые неприятные ощущения во время выполнения 10-го по счету наклона полностью исчезли. Начиная с этого момента, следует плавно повышать количество наклонов, выполняемых за 1 раз. Ежедневно или, по мень-

шей мере, каждые 2-3 дня (в зависимости от самочувствия) требуется выполнять на 1 наклон больше, чем прежде. Максимальное рекомендуемое количество наклонов, выполняемых подряд, составляет 50. Желательно в последующем придерживаться указанной нагрузки, не увеличивая, но и не уменьшая ее без необходимости.

Кому-то могут быть не противопоказаны упражнения с отягощениями, например шаг вперед с приседанием. Исходное положение – стоя, руки по швам. В обеих руках мужчина удерживает гантели массой от 3 до 5 кг (физически крепкий мужчина может использовать гантели массой в пределах 6-10 кг). Затем он подается вперед, делает широкий шаг и неторопливо опускается на одно колено, по-прежнему удерживая руки вытянутыми вдоль туловища. Выполнять подряд нужно от 7 до 10 выпадов, поочередно опускаясь то на одно, то на другое колено. Упражнению посвящают утренние часы после пробуждения (минимум за 30 мин до еды).

Перед выполнением какого-либо из указанных упражнений можно в качестве разминки совершать в положении стоя круговые движения тазом, как при вращении обруча. Для лучшей балансировки следует положить ладони на пояс.

Точечный массаж заключается в воздействии на биологически активные зоны (БАЗ) двух типов. Часть БАЗ, подлежащих прессингу, представлена тонизирующими точками, а другая – успокаивающими. Стимулировать зоны только одной группы нельзя, поскольку это вызовет лишь кратковременный эффект в виде ложного улучшения.

Ежедневно во время сеанса самомассажа нужно воздействовать поочередно на две точки – сначала на тонизирующую, затем на успокаивающую. Достаточно заниматься акупрессурой максимум по 6 мин в день, воздействуя на каждую из точек в выбранной паре по 3 мин. Воздействие осуществляется либо подручными средствами (затупленными палочками, округлыми камешками), либо подушечками пальцев. Движения во вре-

мя нажатия на точку сначала ввинчивающие, направленные по часовой стрелке, затем вывинчивающие, на этот раз направленные против часовой стрелки. Самостоятельно массировать некоторые точки очень неудобно, в таком случае осуществлять прессинг должен другой человек. Хорошо, если этим человеком окажется жена или подруга.

Правильно найти точку бывает весьма непросто. Создатели правил акупрессуры - древние китайцы -

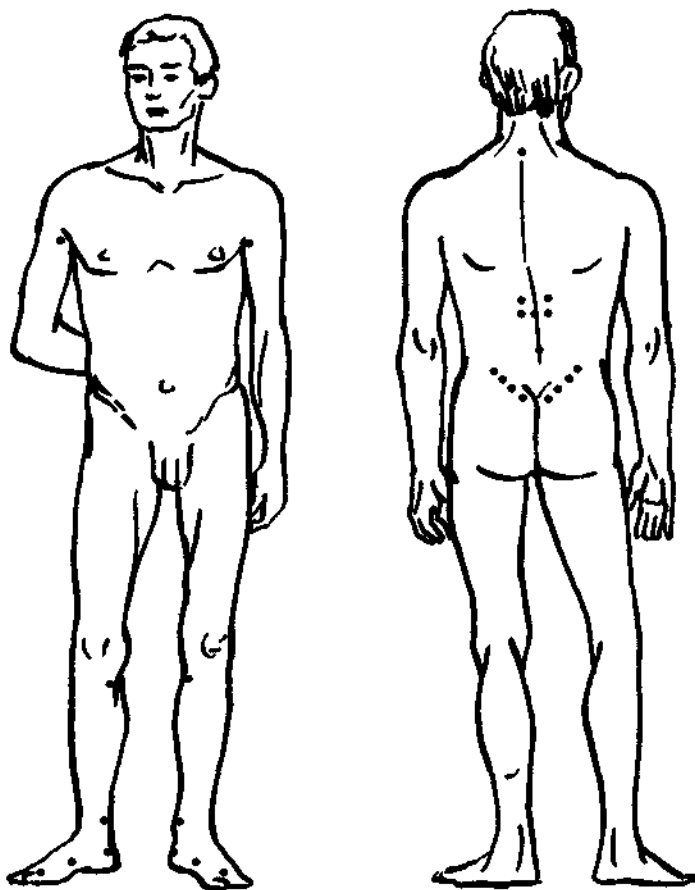


Рис. 18. Тонизирующие зоны акупрессурного воздействия при лечении импотенции

учили искать нужные БАЗ относительно различных приметных участков тела - суставов, пупка и т. д., отмеряя при этом расстояние сложенными вместе пальцами руки. Если точка найдена, то при нажатии на нее у больного возникают необычные ощущения: болезненность, покалывание, ломота в костях и т. д. Когда активная зона является парной, желательно массировать сразу обе составляющие ее точки.

Большинство БАЗ тонизирующего действия локализованы в нижней части спины и нижней части ног. Исключением являются только две точки. Одна расположена в верхней части спины, ее можно найти между I и II позвонками грудного отдела. Другая зона является парной, т. е. представляет собой две симметричные точки, расположенные на бицепсе руки на 12 пальцев выше локтевого сустава.

Симметричными являются зоны, находящиеся в верхней и нижней частях поясницы, несколько отстоящие от позвоночного столба (на 3-5 пальцев). Между группами этих точек расположены строго на позвоночнике две несимметричные БАЗ: одна между I и II поясничными позвонками, другая - между II и III позвонками.

Тонизирующие точки в нижней части ног представлены исключительно парными, симметричными БАЗ. Самая высокая из них находится на 3 пальца ниже надколенника, на голени. Также на голени, с внутренней стороны, располагается и другая симметричная точка тонизирующего действия, которая находится на 5-6 пальцев выше голеностопного сустава.

Богата биологически активными зонами стопа. Для коррекции мужской сексуальности используются две симметричные зоны - в центре свода каждой стопы и на крайней фаланге большого пальца ноги (но не в области ногтя).

Точки, обладающие успокаивающим действием, сосредоточены на животе и верхней части ног. Три из этих БАЗ непарные, они находятся на животе и лобке и принадлежат к так называемой срединной линии тела, на которой древнекитайские целители располагали самые важные точки человеческого организма. Выс-

шая из этих зон лежит на 2 пальца ниже пупка. Следующая точка находится примерно на том же расстоянии вниз от первой. Последняя находится строго над лобковой костью. На том же уровне, в 2 пальцах от нее, можно найти симметричные точки с аналогичным действием.

Еще две симметричные точки, составляющие новую активную зону, находятся строго над двумя предыдущими на расстоянии 4 пальцев. Еще выше, на уровне пупка, лежит другая парная зона. Расстояние от этих точек до пупка составляет примерно 2 пальца. Парную зону на ноге можно обнаружить на внутренней стороне бедра, на 12 пальцев выше коленного сустава.

Необходимо знать, что для массажа разных БАЗ практикуются различные позиции. Зоны ног рекомендуется массировать в положении сидя. На точки живота и поясницы желательно воздействовать, занимая положение лежа. В отношении остальных точек таких рекомендаций нет, допускается их массаж в положении стоя (в т. ч. во время утренней гимнастики, что окажется очень полезным для организма).

Радикальным методом восстановления потенции, применяемым в тех случаях, когда коррекция половой функции консервативными методами невозможна, является фалло-эндопротезирование. Так называется операция по имплантации внутрь пещеристых тел



Рис. 19. Успокаивающие зоны акупрессурного воздействия при лечении импотенции

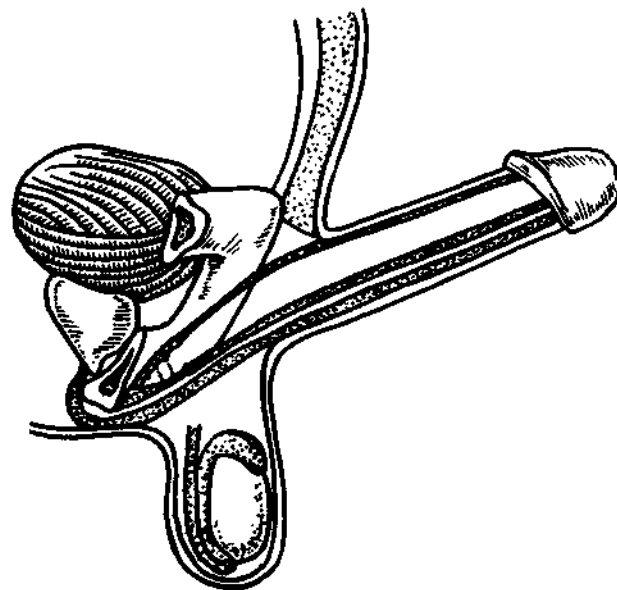


Рис. 20. Принцип действия фаллопротеза

протеза в виде парных силиконовых стержней. Смысл хирургического вмешательства заключается в восстановлении ригидности (т. е. упругости) полового члена в целях коррекции эректильной функции.

Абсолютными показаниями для проведения операции являются необратимые причины эректильной дисфункции: врожденные аномалии полового члена, не подлежащие хирургическому лечению; травмы полового члена, органов и костей таза, мочеиспускательного канала; тяжелые поражения сосудов полового члена; рубцевание пещеристых тел; тяжелое течение сахарного диабета; радиационное поражение гениталий (например в ходе лучевой терапии онкологического заболевания); осложнения при операциях на половых органах и прямой кишке.

Сексопатологами разработаны три основных конструктивных типа фаллопротезов - полужесткие, пластические и надувные.

Полужесткие протезы менее удобны по косметическим соображениям, поскольку создают видимость по-

стоянного напряжения в пенисе. Некоторые пациенты после операции испытывают затруднения в бытовой и социальной адаптации, что провоцирует у особо мнительных мужчин развитие половых расстройств.

Пластические протезы имплантировать гораздо сложнее, однако они не создают тех проблем, с которыми сталкивается обладатель полужесткого протеза. Имитируя состояние покоя, протез опускается вниз и опадает, отчего пенис принимает естественный вид. Необходимая твердость обеспечивается за счет многожильных жгутов из серебряной проволоки, пропущенных через середину фаллопротеза. Пластическая память материала, из которого изготовлен протез, обеспечивает легкое мануальное управление им: пенису можно придать рукой оптимальный угол для осуществления пенетрации, и этот угол будет сохраняться все время на протяжении полового акта.

Надувные фаллопротезы являются самыми совершенными на сегодняшний день. Они состоят из надувных цилиндров, которые внедряются в пещеристые тела, и устанавливаемой в мошонку нагнетающей помпы, осуществляющей закачку цилиндром специальной жидкости из резервуара, находящегося за лобковыми костями. Мужчине нужно несколько раз сжать помпу, установленную в мошонке, чтобы началась эрекция. Если нажать на помпу в другом месте, то насос станет работать в обратном режиме, и эрекция исчезнет.

Несомненным достоинством фаллопротеза является то, что он позволяет вести нормальную половую жизнь - такую же, какая была до операции. В первую очередь фаллопротез никак не сказывается на чувствительности кожи пениса, в особенности его головки. Органистические ощущения не снижаются, нарушений семяизвержения не происходит. Протез невиден, обычно не определяется на ощупь и поэтому не сказывается отрицательно на сексуальных ощущениях партнерши. Фаллопротез легко выдерживает эксцессы. Более того, искусственная эрекция сохраняется вне зависимости от числа повторных актов и длительности каждого из них.

Фаллоэндопротезирование имеет свои недостатки, в т. ч. оно, как и любая другая хирургическая операция, дает определенные осложнения. Осложнения крайне редки (они составляют максимум 3 %), однако знать об их опасности нужно, чтобы быть подготовленным. Наиболее типичные из них - инфицирование хирургической раны и неприживание фаллопротеза. Наибольшему риску подвергаются лица, страдающие сахарным диабетом, имеющие травму спинного мозга или перенесшие ранее операцию на половом члене.

В целях предупреждения осложнений в послеоперационный период (в особенности инфекционных) от мужчины требуется строгое соблюдение предписаний врача. В первую очередь на протяжении 2-3 дней после операции необходимо соблюдать постельный режим. В течение последующих 3-4 недель для профилактики инфекции нужно принимать антибиотики, а иногда и некоторые другие препараты. Особенно велик риск инфицирования в первую неделю послеоперационного периода, когда отмечаются слабые боли в области полового члена и отечность его кожи.

Возвращаться к трудовой деятельности разрешается по прошествии 2 недель после операции. Половая жизнь возобновляется лишь спустя 6-8 недель после операции. С этого момента прием медикаментов прекращается.

Вероятность технической неисправности протеза составляет менее 2 %. Протез низкого качества подлежит замене за счет фирмы-изготовителя. Неустрашимым на современном этапе развития фаллопластики недостатком фаллоэндопротезирования является уменьшение длины полового члена в состоянии эрекции на 1-1,5 см.

Однако такое укорочение пениса не сказывается на качестве половой жизни у большинства мужчин, а именно у всех, имеющих пенис длиной 15 см и выше в состоянии эрекции. Если величина эрегированного пениса составляет 12-14 см, то уменьшение его длины может послужить причиной развития неуверенности

в себе. В таких случаях параллельно с операцией фаллоэндопротезирования проводится операция по удлинению полового члена.

Следует знать, что в тех случаях, когда операция оказывается невозможной или не приносит желаемых результатов, дальнейшее лечение эректильной дисфункции следует признать бесперспективным. К счастью, бывает это очень и очень редко.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ

Фригидность и бесплодие сравнительно широко распространены и среди женщин, однако у мужчин природа и течение этих нарушений имеют принципиальные отличия. Мужское бесплодие - невозможность зачать ребенка - встречается столь же часто, как и женское: в бесплодном браке мужчины оказываются повинны в 50 % случаев. Фригидность еще 30 лет назад приписывали почти исключительно женщинам, однако в настоящее время распространенность этого заболевания среди представителей сильной половины человечества стала стремительно возрастать, хотя некоторые мужчины ошибочно принимают данное расстройство за импотенцию.

Мужская фригидность

Под мужской фригидностью, или холодностью, понимается полное или почти полное отсутствие полового влечения, неудовлетворенность сексуальной жизнью, несмотря на достаточную активность и нежность супруги (партнерши), и низкая способность испытывать оргастические переживания во время сношения. Главной причиной этого расстройства, которая является, к сожалению, неустранимой, следует признать стресс, вызываемый такими факторами, как перегрузки на работе и негативный опыт общения с людьми, в первую очередь с женщинами.

Современные перегрузки обусловлены тем, что мужчине ради достижения трудовых успехов приходится максимально соответствовать новым требовани-

ям, предъявляемым информационной революцией и техническим прогрессом. Компьютеры, высокие технологии, тонны инструкций, море фактов и цифр, необходимость «успевать» за автоматикой, уметь быстро и эффективно отремонтировать любое хитрое устройство - такова специфика труда современного мужчины.

Нервная система человека нашей эпохи подвергается столь чудовищным нагрузкам, что положительные эмоциональные встряски (включая секс) делаются для нее утомительными. В результате единственным желанием мужчины становится получение слабых стимулов, например просмотр телевизора и плотный ужин.

Вторым фактором, ведущим к широкому распространению мужской фригидности, является женская эмансипация - процесс, к которому мужчины пока не успели адаптироваться по причине доминирования в их психике патриархальных атавизмов. Сегодня в офисах и на предприятиях рядом с мужчинами работает очень много женщин, в некоторых коллективах их число даже превосходит число мужчин. Одеждой, косметикой, прической женщины стремятся подчеркнуть свои внешние данные, привлечь внимание представителей противоположного пола, даже и не догадываясь, что тем самым они вызывают сильный стресс у мужчин.

Некоторые мужчины робеют перед раскрепощенной женщиной, отчего их сексуальность подавляется. Другие, наоборот, используют предоставляющуюся возможность для флирта, т. е. превращают отношения с женщиной в игру (оформление так называемых людических отношений), благодаря чему избегают нелегкой обязанности доказывать свою мужскую состоятельность. Третьи вынуждены изо дня в день подавлять в себе влечение к женщинам, которых находят притягательными.

Это травмирующее психику явление искоренить невозможно, даже если все женщины будут носить строгую форму и перестанут пользоваться косметикой и бижутерией. Дело в том, что мужчин возбуждает в первую очередь сам факт активности женщины в трудовом и социальном плане. Подсознание подсказыва-

ет, что такие женщины могут быть и сексуально активными.

Нужно отметить, что в большинстве случаев эта подсознательная реакция верна в своей основе. Статистика показывает, что максимально оргазмическими обычно являются женщины, которые демонстрируют удовлетворенность профессией, глубокую вовлеченность в трудовую деятельность, потребность в некотором минимуме общественной работы и жизнерадостность от самореализации.

В тяжелой форме мужская холодность представляет собой состояние отвращения к женщинам, нежелания общаться с ними. В глазах таких мужчин женщина не просто утрачивает привлекательность, но и нередко воображается опасной, т. е. на почве фригидности развивается гинекофобия (страх перед женщинами). Впрочем, сказанное не следует воспринимать как аксиому. Гинекофобия зачастую существует сама по себе, причем как самостоятельное расстройство она иногда провоцирует развитие фригидности.

У мужчин, не состоящих в браке («заправских холостяков») и редко имеющих близость с женщинами, холодность обнаруживается с запозданием либо вовсе не обнаруживается, поскольку не причиняет неудобств. Чутко реагируют на снижение либидо женатые мужчины и мужчины, у которых есть постоянная партнерша.

Одним из первых признаков развивающейся фригидности необходимо назвать участвовавшие случаи ситуационной импотенции, т. е. временного отсутствия или ослабления эрекции по причине усталости, неуверенности в себе, злоупотребления алкоголем и т. д. (В норме ситуационная импотенция проявляется более, чем у 90 % мужчин, однако сравнительно редко.)

Ситуационная импотенция сравнительно быстро проходит под действием эротической стимуляции, но удовольствие от полового акта постепенно уменьшается. Даже при полноценной эрекции не возникает желания реализовать свои возможности, половой акт выполняется механически, как нудная обязанность.

Таковы ранние субъективные признаки холодности, к объективным симптомам относятся менее яркие ощущения при коитусе, исчезновение нормальной эрекции уже через 5 мин после начала коитуса, редкое наступление оргазма. Мужчина склонен списывать снижение либидо на усталость, «нервный день», необходимость выспаться перед работой и прочие факторы, которые способствуют прогрессированию фригидности, хотя и не составляют содержания проблемы.

Среди важнейших последствий холодности числится сексуальная дисгармония (дисгамия), что ведет к повышению нервозности в отношениях с супругой (партнершей), гормональному дисбалансу вследствие отсутствия секса, снижению стрессоустойчивости из-за уменьшения количества эндорфинов и серотонина в крови, уменьшению мышечного тонуса, понижению выработки яичками тестостерона – гормона, который обуславливает готовность мужчины много и плодотворно работать, преодолевать препятствия, самоутверждаться.

Точная диагностика фригидности, равно как и лечение этого расстройства, проводится профессиональным сексопатологом. Режим физической активности подбирается врачом сугубо индивидуально. Кто-то может нуждаться в пассивном отдыхе, в т. ч. сне, а кто-то может страдать от гиподинамии.

Если нет противопоказаний, то нелишне будет принимать некоторое время фитостимуляторы, повышающие общий тонус, нормализующие потенцию и позитивно влияющие на мужское либидо. В числе таких фитостимуляторов необходимо назвать настойки элеутерококка, лимонника и аралии маньчжурской.

Первые две настойки принимаются по 10 капель (на 2 ст. ложки воды) 3 раза в день. Курс лечения длится 34 дня. В течение первых 10 дней выбранное средство – элеутерококк либо лимонник – принимается ежедневно. Затем устраивается двухнедельный перерыв, после чего прием препарата возобновляется. Настойка аралии маньчжурской принимается в количестве 30 капель (на 2 ст. ложки воды) 3 раза в день в течение 4–6 недель в зависимости от показаний.

Мужское бесплодие

В медицине различают бесплодие и бездетность. Факторы бездетности более многочисленны, сюда относятся разнообразные половые расстройства вроде эректильных нарушений, преждевременной эякуляции и мужской фригидности. Однако все эти нарушения не являются бесплодием как таковым или его причинами. Сегодня под мужским бесплодием принято понимать исключительно патологию спермы и семяпроводящих путей.

В медицине выделяются две главные группы причин, в силу которых мужчина со здоровой сексуальной функцией не способен к зачатию ребенка. Первая группа включает в себя факторы, которые препятствуют проникновению спермы во влагалище женщины. Подобное наблюдается преимущественно при дефектах строения уретры и пениса, например при гипоспадии, эписпадии, стриктуре уретры, обуславливающей ретроградную эякуляцию, и фистулах после травмы или воспалительного заболевания. Кроме того, делает невозможным поступление спермы во влагалище непроходимость семенного протока, которая бывает врожденной или приобретенной (воспалительного происхождения, в частности связанной с бронхоэктатической болезнью).

Ко второй группе отнесены факторы, снижающие качество выработки спермы половыми железами. Мужчина обладает способностью к оплодотворению лишь при условии, что эякулят выделяется в достаточном объеме, обладает определенным химическим составом и содержит достаточное число сперматозоидов. Когда эти условия нарушены, вероятность зачатия значительно снижается и даже может стать равной нулю.

За качество спермы ответственны главным образом три органа половой системы: яички, простата и семенные пузырьки. В яичках созревают сперматозоиды, а остальные из перечисленных желез вырабатывают жидкий секрет, составляющий питательную среду для гамет. Образование и созревание сперматозоидов становится невозможным при серьезных на-

рушениях регуляции яичек и первичных нарушениях в яичках.

Нарушения регуляции включают в себя гормональные сдвиги в организме вроде гиперпролактинемии. Первичные нарушения представлены хромосомными aberrациями, иммунологическими нарушениями и двусторонними заболеваниями, которые угнетают функциональную ткань желез (варикоцеле, крипторхизм, эпидидимоорхиты). Дисфункция желез, производящих семенную жидкость, т. е. предстательной железы и семенных пузырьков, обусловлена обычно хроническим воспалительным заболеванием (простатовезикулитом) или дефицитом в организме определенных веществ, например цинка и витаминов.

Мужское бесплодие разделяется на обратимое и необратимое. Причиной необратимого бесплодия, т. е. не подлежащего лечению, является дефект сперматогенного эпителия яичек - той ткани семенников, в клетках которой происходит рождение гамет. Дефект может иметь, как указывалось выше, наследственную или приобретенную природу.

Наследственные нарушения представлены хромосомными аномалиями, из которых чаще всего встречается синдром Клайнфелтера, обусловленный наличием дополнительной Y-хромосомы в хромосомном наборе клеток. Степень проявления этого синдрома различна, в тяжелых случаях у мужчины могут отмечаться разнообразные пороки развития и умственная отсталость. Однако многие больные ничем не отличаются от здоровых людей, за исключением снижения либидо, импотенции, недостаточного развития гениталий.

У большинства мужчин с синдромом Клайнфелтера яички отличаются маленьким, порядка 3 мл (вместо 15 мл), объемом. В таких яичках отсутствуют все или почти все семенные каналы, из-за чего эякулят не содержит или содержит ничтожно мало сперматозоидов.

Другое врожденное нарушение, не связанное на сей раз с хромосомными дефектами, - неполное опущение яичек (крипторхизм). Если мальчику своевременно (до 6 лет) не была проведена операция, благодаря которой

семенники опускаются из брюшной полости в мошонку, то сперматогенный эпителий подвергается необратимой дегенерации, т. к. для его нормального развития необходима температура на несколько градусов ниже той, что имеется в брюшной полости.

Двусторонние тяжело протекающие орхиты способны привести к угнетению семенных канальцев. Особенно опасны орхиты, вызванные вирусом эпидемического паротита (свинки) и ЗППП, в первую очередь сифилисом и трихомонозом, которые почти всегда приводят к необратимому бесплодию. При воспалении желез происходит облитерация (почти полное сужение) семенных канальцев, придатков яичка, семявыносящих путей и выводных протоков.

Из других воспалительных заболеваний, поражающих семенники и прочие половые железы, необходимо назвать бронхоэктатическую болезнь и хронические синуситы. Однако эти заболевания могут негативно повлиять на половую сферу исключительно у мальчиков, но не у взрослых мужчин. В любом возрасте опасны хронические заболевания почек, необратимо снижающие качество спермы.

Естественно, причиной необратимого бесплодия становятся опухоли яичек, при которых происходит перерождение (озлокачествление) клеток. Некоторые опухоли мошонки и ее органов, даже если не затрагивают сперматогенный эпителий яичка, сдавливают железу. К таким опухолям относится гидроцеле. Аналогичным образом воздействуют на яички варикоцеле и пахово-мошоночная грыжа. Достаточно длительное сдавление яичка чревато его атрофией.

В ряде случаев снижение качества спермы и угнетение сперматогенеза обусловлены приемом иммунодепрессантов после операций по трансплантации органов и приема цитостатических препаратов в ходе химиотерапии рака.

Патологические изменения семенной жидкости затрагивают преимущественно два показателя качества спермы - химический состав и объем. Количество выделяемой спермы, оказывается, тоже играет немаловажную роль в процессе оплодотворения. В норме эякулят

обладает объемом 4-7 мл и содержит примерно 300-400 млн половых клеток. Тем самым обеспечивается оптимальная концентрация сперматозоидов, т. е. их число на единицу объема: 60 млн клеток в 1 мл.

Отклонения в объеме эякулята подразделяются на гипоспермию и полиспермию. Гипоспермия представляет собой извержение семенной жидкости в недостаточном количестве (ниже 4 мл). Малый объем эякулята вмещает пониженное число гамет, что, впрочем, не следует рассматривать как ведущую причину бесплодия. Даже если число половых клеток достаточно для оплодотворения, семенная жидкость слабо защищает сперматозоиды от воздействия вагинального секрета. Вагинальная смазка создает во влагалище кислотно-щелочной баланс, неблагоприятный для мужских гамет. При выделении семенной жидкости в нормальном объеме кислотность влагалищной среды снижается.

Полиспермией называется выделение семенной жидкости в количестве выше нормы. О нарушении говорят, когда объем эякулята значительно превосходит 7 мл и зачастую достигает 8-10 мл. Чтобы оплодотворяющая способность спермы сохранилась, требуется повышение и концентрации гамет, а это предполагает повышение абсолютного количества сперматозоидов. Подобное отмечается крайне редко, обычно численность гамет в сперме остается неизменной, что приводит к снижению содержания клеток в 1 мл секрета. При объеме эякулята 10 мл (это значение отмечается чаще всего) происходит снижение концентрации до отметки 30 млн на 1 мл.

Ухудшение качества семенной жидкости, вызванное любыми причинами, приводит к снижению активности сперматозоидов вплоть до полной их неподвижности и даже гибели. Малоподвижные, а тем более неподвижные гаметы не в состоянии продвигаться по половому тракту женщины в поисках яйцеклетки. Слабая активность половых клеток в эякуляте (в пределах 30-50 % малоподвижных сперматозоидов) называется астеноспермией. В ходе микроскопического исследования можно установить, что эти спермин со-

вершают маятникообразные колебания. По всей видимости, астеноспермия составляет 10 % всех случаев мужского бесплодия.

Основными факторами, способствующими развитию астеноспермии, признаются трихомонадный уретрит, неполностью вылеченная гонорея и эпидидимит неизвестного происхождения. Дополнительным фактором риска выступают профессиональные отравления, в первую очередь обусловленные воздействием на организм ртути, этилированного бензина, свинца в его соединениях.

Выделение спермы преимущественно или исключительно с мертвыми гамететами носит название некроспермии. Некоторые ученые полагают, что истинная некроспермия встречается крайне редко, а те случаи, которые сегодня к ней ошибочно относятся, являются астеноспермией - малоподвижностью сперматозоидов. Некроспермия обусловлена пониженной функцией яичек и местными заболеваниями яичка, которые могут быть воспалительными (сифилис, туберкулез), онкологическими (рак) и общими (диабет).

Частыми признаками некроспермии считаются наличие в сперме гноя (пиоспермия) или крови (гемоспермия). Эти симптомы свидетельствуют о наличии воспалительного процесса добавочных желез - простаты и семенных пузырьков.

Лечение, которое проводится специалистами-андрологами, далеко не всегда приносит желаемые результаты. От больного требуется при наличии инфекционного заболевания воздерживаться от половой жизни до появления первых признаков улучшения, что составляет 1-2 недели. Если заболевание, обусловившее некроспермию, относится к группе половых инфекций, то сексуальная жизнь прекращается на все время лечения (до окончательного выздоровления).

Особые случаи мужского бесплодия - тератоспермия и олигоспермия. Тератоспермия составляет свыше 9 % случаев нарушений сперматогенеза и заключается в приобретении половыми клетками необычных, патологических форм. Во время каждого семяизвержения

в эякуляте здорового мужчины содержится до 20 % дегенеративных гамет, однако такое количество неопасно, оно не лишает сперму оплодотворяющей способности. При тератоспермии количество дегенеративных сперматозоидов превышает 20 %.

Эти клетки не способны к оплодотворению яйца и быстро утрачивают подвижность. В исключительных случаях слияния такого сперматозоида с яйцом образующаяся зигота (или растущий эмбрион) гибнет. Предположительно до 12 % ранних самопроизвольных абортов у женщин объясняются последствиями тератоспермии партнера. В числе причин указывают груз наследственности, злоупотребление алкоголем, травматические состояния мошонки, туберкулезную интоксикацию, гонорею и трихомонадный орхит.

Невозможность зачать ребенка по причине олигоспермии объясняется утратой эякулятом оплодотворяющих свойств в силу существенно сниженного количества гамет на единицу объема. Усредненное значение концентрации сперматозоидов при олигоспермии приблизительно равняется 20 млн клеток на 1 мл. Олигоспермия встречается чаще всех остальных разновидностей мужского бесплодия, составляя порядка 35 % случаев заболевания.

Как правило, этой патологии сопутствуют астеноспермия и тератоспермия. В большинстве случаев у больного отмечается также и гипоспермия, поскольку объем извергаемой спермы составляет около 2 мл, т. е. значительно ниже нормы. Однако это не обязательно так, довольно часто объем эякулята достигает 4-6 мл.

Принято различать три степени олигоспермии в зависимости от количества гамет, извергаемых во время коитуса. Если в 1 мл семенной жидкости содержится от 40 до 59 млн клеток, то принято говорить о первой степени олигоспермии, обозначаемой как плодovitый эякулят. При концентрации клеток от 10 до 39 млн на 1 мл спермы говорят о второй степени болезни - эякуляте с пониженной плодovitостью. Стерильным эякулятом обозначается олигоспермия третьей степени, по-

сколько количество гамет в 1 мл семенной жидкости насчитывает от 10 млн и менее.

В числе факторов, приводящих к развитию олигоспермии, необходимо назвать гонорею, трихомонадный уретрит, орхиты (особенно трихомонадный), вирусную инфекцию, крипторхизм, травму мошонки, расширение вен семенного канатика. Однако почти в 50 % случаев указать причину заболевания невозможно. Олигоспермия невыясненной этиологии носит название идиопатической.

Нельзя самостоятельно диагностировать вид обратимого бесплодия, тем более если учитывать, что бесплодной может оказаться женщина или что бесплодие является общей проблемой супругов (феномен бесплодного брака). И тем не менее существуют способы поверхностной самодиагностики, позволяющей составить начальное представление о характере нарушения, чтобы сначала опробовать различные методики самостоятельного решения проблемы бесплодия, а потом уже обращаться к врачу.

Признаками нормальной выработки семени яичками служат средний и высокий рост, размер яичек в пределах нормы (железы измеряются штангенциркулем), развитая растительность на груди и в подмышечных впадинах, а также достаточно густое оволосение лобка по мужскому типу. Если при этих признаках мужчина подозревает у себя бесплодие, то при справедливости подозрений, скорее всего, имеет место ухудшение качества семенной жидкости. В этом случае мужчине стоит поискать у себя симптомы воспалительного заболевания, приступить к его лечению, а также вне зависимости от того, имеется воспаление или нет, провести курс лечения поливитаминными препаратами с цинком.

Не представляет сложности самостоятельная диагностика такой разновидности бесплодия, как асперматизм, при которой эякуляция во время коитуса полностью отсутствует, хотя у мужчины может быть здоровая эрекция и нормальное либидо. К асперматизму относятся все виды патологии, когда сперма не попадает во влагалище женщины.

Когда при всех признаках нормального сперматогенеза отмечается отсутствие выброса спермы или слабое выделение небольшого ее количества, то можно предполагать асперматизм в форме обтурационной азооспермии (аспермию). Так называется разновидность мужского бесплодия, при которой в семенниках активно образуются полноценные сперматозоиды, лишенные возможности покинуть чрезмерно суженные вследствие болезни половые пути.

Некоторые ученые склонны отдельно рассматривать механический асперматизм, поскольку при нем иногда сохраняется оргазм и даже бывает возможным выведение семени из половых путей мужчины. Механический асперматизм представлен эписпадией, гипоспадией (см. главу 3), прочими пороками развития полового члена и приобретенными (например посттравматическими) аномалиями строения. Определить эту форму асперматизма бывает нетрудно.

В ряде случаев механический асперматизм у мужчины с признаками нормального сперматогенеза сопровождается частичной задержкой мочеиспускания, а также слабым истечением спермы после прекращения эрекции пениса. Тогда имеются все основания предполагать наличие стриктуры уретры.

Близкий случай - обтурационная азооспермия, которая возникает на уровне придатка. Поскольку ей почти всегда предшествуют гонорея, туберкулез или воспаление нижних отделов мочевыводящих путей (цистит, уретрит), то можно говорить о значительном сужении просвета, или облитерации семявыносящего протока. Как правило, развитию облитерации протока на фоне воспаления мочеполовой сферы предшествуют симптомы эпидидимита. Фактором бездетности может служить только двусторонняя облитерация семявыносящих протоков, возникающая вследствие воспаления.

Лечение обтурационной азооспермии в домашних условиях невозможно, поскольку оно состоит в хирургической коррекции непроходимости посредством операции вазоэпидидимостомии, или операции по расши-

рению уретры. В 30 % случаев предпринятые меры оказываются действенными.

Редко возникают сомнения в ходе самодиагностики асперматизма, возникшего в результате сдавления протоков какими-либо патологическими образованиями, в числе которых следует назвать в первую очередь гипертрофию предстательной железы при ее аденоме, раке или простатите.

Нередко к аналогичным последствиям приводят послеоперационные осложнения, поскольку радикальное лечение заболеваний мошонки и ее органов чревато втягиванием семенных протоков в рубцы. Одним из ведущих симптомов патологии, связанной с нарушением проходимости семявыносящих протоков, являются сопровождающие оргазм интенсивные боли, которые охватывают область промежности и прямой кишки.

Когда перечисленные признаки не отмечаются, можно подозревать такие разновидности асперматизма, как нейрорецепторный, спинальный и кортикальный, которые обусловлены функциональными нарушениями некоторых нервных узлов. При любой из этих разновидностей семенники нормально производят сперматозоиды и мужчина обладает способностью к семяизвержению.

Механизм эякуляции включает в себя несколько стадий, на каждой из которых передача нервных импульсов может нарушиться. Эти стадии характеризуются зарождением возбуждения в области головки полового члена; иннервацией центра эякуляции, локализуемого в спинном мозге; передачей нервного возбуждения в кору головного мозга, который ответствен за окончательное срабатывание рефлексов, обеспечивающих семяизвержение.

Нейрорецепторный асперматизм представляет собой поражение нервных рецепторов в головке полового члена, значительно утрачивающих чувствительность. Импульсы из полового члена, поступающие во время фрикций в спинной мозг, чрезвычайно слабы, так что центр эякуляции не раздражается в достаточной мере.

Никаких специфических симптомов это нарушение не имеет.

При спинальном асперматизме поражается расположенный в спинном мозге центр эякуляции, куда поступают импульсы от пениса и прочих эрогенных зон. Эти импульсы погашаются, в результате чего не возникает ответной реакции, ведущей к выделению половыми железами компонентов спермы - сперматозоидов яйцками и семенной жидкости простатой с семенными пузырьками. Симптоматика спинального асперматизма также не выражена.

В случае кортикального асперматизма эякуляция отсутствует по причине процессов торможения в коре головного мозга, гасящих импульсы от центра эякуляции. Данное нарушение опознается по двум признакам - полному отсутствию семяизвержения во время коитуса и поллюциям во время сна, которые сопровождаются оргазмом. (Феномен ночных поллюций объясняется тем, что во сне происходит замедление процессов торможения в коре головного мозга.)

Эти три разновидности асперматизма в совокупности составляют лишь 2-4 % случаев мужского бесплодия. В числе причин необходимо назвать такие сильные факторы угнетения нервных центров, как злоупотребление алкоголем и табакокурение. Поэтому в ходе лечения расстройства такого рода придется отказаться от сигарет и спиртных напитков.

Чаще всего мужское бесплодие проявляется в идиопатической олигоспермии, которая характеризуется нормальным развитием яичек (объем 15-20 мл) и вторичных половых признаков, сильно сниженным количеством сперматозоидов в эякуляте (от 28 до 40 млн при концентрации в пределах 8-13 млн/мл) и низкой подвижностью 40 % гамет. Лечение этой формы болезни сводится к гормонотерапии: мужчине прописывается курс антиэстрогенов, гонадотропинов, бромокриптина, калликреина, местеролона, тестостерона, тироксина. Если обнаруживается гиперплазия надпочечников с недостаточностью их функции, больному прописываются кортикостероиды.

Максимально эффективным представляется курс тестостерона, обладающего способностью временно снижать секрецию гонадотропинов. По завершении курса эндокринная система компенсирует нехватку гонадотропинов, в силу чего их продукция резко повышается, и это приводит к интенсификации сперматогенеза. Качество спермы также улучшается.

Фармакологическое действие антиэстрогенов, к которым причисляют кломифенцитрат, нафоксидин, тамоксифен и т. д., распространяется на гипофиз и гипоталамус, благодаря чему эти железы становятся менее восприимчивы к воздействию половых гормонов. Как следствие, организм начинает производить больше гонадотропинов, повышающих качество спермы.

Сами же гонадотропины в виде препаратов в настоящее время обычно не назначаются, за исключением случаев острого дефицита этих гормонов в организме. Гораздо выгоднее стимулировать их повышенную выработку гипофизом.

Решение и профилактика проблемы бесплодного брака

В последнее время медики редко прибегают к понятиям «мужское бесплодие» и «женское бесплодие», поскольку репродуктивная функция является парной, а следовательно, правильнее будет говорить о проблеме бесплодного брака, затрагивающей сразу обоих партнеров. Против бесплодного брака профилактические меры должны приниматься как мужем, так и женой одновременно. Если же такая проблема, несмотря на предпринятые меры, все равно возникла, то требуются парное обследование и лечение супругов.

Профилактику бесплодного брака необходимо начинать с генетического скрининга, который проводится еще до того, как супруги соберутся завести малыша. Генетический скрининг представляет собой анализ генных и хромосомных дефектов, позволяющий выявить наследственные нарушения, которые способны воспрепятствовать зачатию ребенка.

Другим немаловажным компонентом сохранения репродуктивного здоровья будущих родителей выступают профилактика и своевременное лечение воспалительных заболеваний, в первую очередь орхитов и тех, следствием которых орхиты являются, - туберкулеза, эпидидимита, пневмонии, ОРВИ, свинки.

Большое внимание следует уделять ЗППП, которые в запущенных случаях принимают характер хронического воспаления половой системы. Половые инфекции всегда выступают в качестве парного заболевания. При сексуальных контактах между супругами будет происходить неоднократное повторное заражение и мужа, и жены, если курс лечения пройдет только один партнер. Травматически воздействуют на ткани яичка такие мужские заболевания, как варикоцеле, гидроцеле и пахово-мошоночная грыжа. Профилактика бесплодного брака предполагает борьбу заодно и с этими болезнями.

Большое значение в предупреждении бесплодного брака имеет полноценное питание обоих супругов. Для мужчины важно, чтобы в рацион в достаточном количестве входили цинк и витамины.

Благодаря этим веществам внутренние половые железы (простата и семенные пузырьки) вырабатывают секрет с качественным составом.

Естественно, забота о репродуктивном здоровье затрагивает сексуальную жизнь супругов. Сексуальная функция, равно как и репродуктивная, является парной. Сексуальные проблемы затрагивают сразу обоих супругов. При этом снижение качества половой жизни зачастую приводит к проблеме бесплодного брака. Риск бесплодия уменьшается в том случае, если сношения регулярны, секс практикуется без злоупотребления техникой мастурбации и прерванного акта. Занятиям любовью необходимо уделять наиболее благоприятное в биологическом отношении время, т. е. согласуясь со своими биоритмами, календарем овуляции жены и т. д.

Специалисты советуют супругам постараться синхронизировать время наступления оргазма, поскольку

вероятность зачатия возрастает в том случае, когда женский и мужской оргазмы примерно или точно совпадают по времени.

Необходимо проявлять осторожность с эксцессами в тот период, когда пара пытается завести ребенка. Постоянная практика повторных сношений приводит к тому, что яички не успевают вырабатывать семя. Таким образом семяизвержения, следующие одно за другим с малым интервалом, приводят к истощению сперматогенеза. Образование семенной жидкости, однако, не прекращается при этом, что создает иллюзию возможности оплодотворения. К счастью, когда эксцессы прекращаются, мужчина вновь обретает возможность зачать ребенка.

Иногда отсутствие эксцессов не препятствует развитию у мужчины временной азооспермии, т. е. почти полного отсутствия гамет в сперме. Никакого специального лечения в этом случае не требуется, единственная терапевтическая мера - половое воздержание на протяжении 3-4 дней. По истечении указанного срока выработка семени вновь повышается до нормы. Временная азооспермия периодически отмечается у 6 % мужчин.

В целях быстрого и успешного зачатия требуется практиковать технику сношений, облегчающую проникновение семени в половой тракт женщины. Для этого партнерами принимаются позы, обеспечивающие глубокое введение полового члена во влагалище во время коитуса и способствующие стеканию спермы к шейке матки. В числе таких позиций следует назвать в первую очередь «со спины», когда женщина стоит на четвереньках. Эта позиция является наиболее физиологичной.

Несколько проигрывает «миссионерская позиция» (классическая, когда мужчина занимает положение сверху). Впрочем, проникновение сверху дает необходимый эффект, если таз женщины приподнять. Для этого достаточно перед началом коитуса подложить ей под ягодицы подушечку. Либо мужчина должен осуществлять пенетрацию, положив ноги женщины себе на пле-

чи. Совершенно исключены такие позиции, как сидя, стоя и женщина сверху, поскольку при них половые пути женщины обращены вниз.

Главным условием успешного зачатия для супругов с ненарушенной репродуктивной функцией является полная сексуальная адаптация, о которой рассказывалось выше. Во многих парах беременность женщины происходит исключительно после некоторого периода совместной жизни, длительность которого составляет порядка 2 лет. Сексуальная адаптация предполагает и наличие психосексуальной гармонии между супругами.

Неблагоприятное психологическое состояние одного из супругов, предшествовавшее занятиям сексом, снижает вероятность зачатия. У мужчины способность к оплодотворению снижается в силу тех же факторов, что и способность забеременеть у женщины: нервно-психических расстройств, длительного эмоционального напряжения, психологических травм. Опыт лечения мужского бесплодия с помощью психотерапии оказался удачным.

Психогенное бесплодие мужчин изучено хуже, чем женское, однако некоторые факты установлены сексологами с известной долей определенности. Тревожность, взволнованность, нервозность, фобические и близкие к ним состояния могут привести к снижению количества выделяемой спермы. Фобические состояния обладают особенно сильным угнетающим влиянием. Главным образом это касается страха смерти (танатофобии), возникающего при наличии у мужчины какого-нибудь заболевания. Танатофобия в тяжелых случаях почти полностью подавляет сперматогенез.

Наукой доказано, что возможность оплодотворения значительно снижается, если на мужчину во время коитуса отвлекающе действует необычная, новая и неблагоприятная обстановка. В результате такого воздействия может ухудшиться качество спермы.

Мастурбационный и прерванный половой акты тоже у некоторых мужчин вызывают ухудшение качества спермы через нейрогенные механизмы. Поэтому, пред-

принимая попытки зачать ребенка, мужчине следует избегать практики ипсаци и прерванного коитуса. Нужно отметить, что полностью отказываться от мастурбации, которая в качестве дополнительного способа стимуляции широко используется во время половых сношений, необязательно. Вызываемое ею ухудшение длится недолго, спустя какое-то время по завершении мастурбационного акта качество спермы вновь повышается до нормы.

Особым случаем бесплодного брака является относительное бесплодие супругов, частота встречаемости которого составляет порядка 9 % от всех случаев мужского бесплодия. Относительное бесплодие состоит в том, что муж и жена не могут завести ребенка, однако оба остаются фертильны и вне брака (т. е. с другим сексуальным партнером) способны это сделать. Это нарушение не считается истинной патологией, но одним из вариантов нормы. Данная проблема, однако, может доставлять массу неудобств мужчине, делая его нервным и неуверенным в себе, а также провоцируя конфликты с супругой.

Наука называет несколько причин относительного бесплодия, механизм которого заключается в неспособности здоровых сперматозоидов оплодотворить яйцеклетку определенной женщины, но тем не менее легко оплодотворяющих яйцеклетку любой другой женщины. Все версии ученых сводятся к особенностям биохимии организма мужчины и женщины, пытающихся завести ребенка.

Наиболее очевидной причиной представляется отрицательный хемотаксис — явление непреодолимой биохимической несовместимости наружных оболочек мужской и женской половых клеток - сперматозоида и яйцеклетки. Гаметы химически не подходят друг другу: спермин из-за особенностей своего строения (на молекулярном уровне) не могут растворить оболочку яйца, чтобы произошло их слияние.

В качестве другой причины указывается аллергическая реакция как еще одно проявление невосприимчивости женского организма к сперме. Аллергия на спер-

му может проявляться в форме бесплодия, но известны и более тяжелые случаи с бурно протекающей реакцией в виде тошноты и отека.

Сравнительно недавно учеными были открыты реакции, которые носят название сперматотоксического иммунитета. По необъяснимой пока причине в спермогенном эпителии яичек накапливаются особые вещества - антитела, которые воспринимаются клетками женского организма как враждебные. Эти антитела проникают в оболочку сперматозоидов, отчего женская иммунная система принимается уничтожать мужские половые клетки, принимая их за болезнетворные микробы. Почти вся сперма всасывается в половых органах, не достигая маточных труб, в результате оплодотворение становится невозможным.

В тяжелых случаях количество антител в спермиях оказывается настолько велико, что даже организм мужчины воспринимает собственные клетки как чужеродные. Естественно, гаметы уничтожаются уже мужской иммунной системой. Таким образом, несмотря на нормальное функциональное состояние семенников, у мужчины может развиваться бесплодие. Кроме того, иммунная система женщины уничтожает сперму в том случае, если та заражена бактериями. Заражение спермы рассматривают как самостоятельное заболевание - бессимптомную бактериоспермию, которая служит причиной развития прочих форм бесплодия, а также гипертонии.

Олигоспермия даже в тяжелых случаях не может послужить препятствием для зачатия ребенка. Проблема мужского бесплодия при этом не снимается, решается только проблема бездетности, и осуществляется это за счет искусственного оплодотворения. Из неполноценного мужского эякулята можно лабораторными методами выделить здоровое семя, которым затем в искусственно созданных благоприятных условиях («в пробирке») будет оплодотворена изъятая у женщины яйцеклетка. После процедуры оплодотворения яйцо будет вновь помещено в половой тракт женщины.

Искусственное оплодотворение решает проблему бездетности даже в таких крайних формах мужского бесплодия, как аплазия (абсолютная неразвитость) клеток-зародышей, предшествующих появлению спермиев. Аплазия протекает как азооспермия или олигоспермия, составляя порядка 10 % от всех случаев этих заболеваний. В числе прочих симптомов аплазии следует назвать неравномерность полового созревания, нарушения половой функции, объем семенников немного меньше или в пределах нормы. Исследования показали, что некоторые из семенных канальцев в яичках функционируют исправно, поэтому даже при резко выраженной олигоспермии есть шанс выделить из эякулята полноценные сперматозоиды.

Глава 5

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Исключительно мужских заболеваний, поражающих сердечно-сосудистую систему, не выявлено. Среди них есть либо такие болезни, которые в большей степени характерны для мужчин, либо те, что протекают у мужчин не совсем так, как у женщин. Почти все эти заболевания являются разными формами проявлений атеросклеротических процессов, т. е. процессов, связанных с образованием на стенках кровеносных сосудов бляшек из жировых отложений.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО МУЖСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Основной из этих болезней является атеросклероз. Когда атеросклеротические бляшки имеют локализацию преимущественно в коронарных сосудах, т. е. сосудах, питающих сердечную мышцу, у мужчины развивается так называемая ишемическая болезнь сердца (ИБС). В свою очередь виды поражения коронарных сосудов, а значит, и виды ИБС, весьма многочисленны. Наиболее ранней формой ишемического заболевания является стенокардия.

Атеросклероз

Наукой установлены далеко не все причины этого заболевания и механизмы его патогенеза. Атероскле-

ротические поражения сосудов более характерны для лиц старше 40 лет, которые часто подвергаются стрессам, проживают в городах, занимаются умственным трудом и ведут малоподвижный образ жизни.

Известную роль в возникновении атеросклероза играет питание: риск образования в сосудах атеросклеротических бляшек повышается, если в рационе преобладают продукты, которые богаты холестерином и близкими по свойствам жирами. Эти жиры повышают содержание в крови мягких липопротеинов, служащих основой для возникновения атеросклеротических бляшек. Естественно, плотность и вязкость крови также сказываются на вероятности заболеть атеросклерозом. Чем выше эти показатели, тем медленнее кровоток и тем интенсивнее в сосудах осаждаются жиры.

Заболевание нетипично для женщин, особенно молодых, поскольку женские половые гормоны (эстрогены), как принято считать, сдерживают рост бляшек. Эти бляшки называются по-другому фиброзными, поскольку главным их компонентом являются нити фибрина - белка кровяной плазмы. Процесс возникновения и роста фиброзных бляшек как раз и заключается в том, что липопротеины захватывают из крови фибрин и переносят его в клетки, выстилающие стенки сосудов. Со временем фибрин самостоятельно осаждается в очагах поражения, что усугубляет и ускоряет течение патологического процесса.

Симптоматика атеросклероза зависит от того, какие именно артерии оказались поражены. Если не считать коронарных сосудов, патологический процесс распространяется главным образом на аорту, артерии брыжейки и почечные артерии.

Аорта - самая крупная артерия человеческого организма - поражается раньше всех остальных сосудов, хотя распознается заболевание зачастую со значительным запозданием. Это объясняется большой длительностью бессимптомного периода в развитии болезни. Одним из ведущих способов своевременной диагностики заболевания является ультразвуковое исследование.

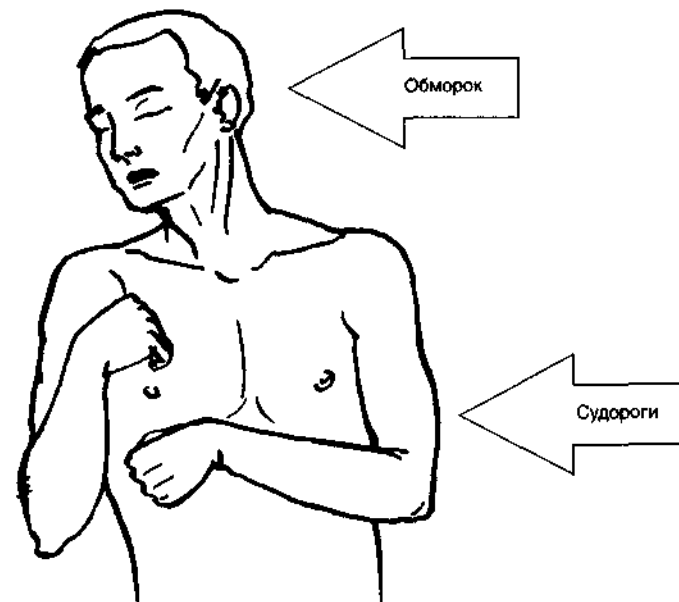


Рис. 21. Симптомы при атеросклерозе аорты

Клинические симптомы **атеросклероза аорты**, наиболее явно прослеживаются у лиц старше 60 лет. Первоначально обращает на себя внимание растущее значение верхнего артериального давления, нередко сопровождаемое падением нижнего.

Прочие симптомы определяются развитием ишемической болезни сердца, если очаг поражения локализован в грудном отделе аорты. Изредка отмечаются головокружения, обмороки в результате быстрых движений, судороги, как при эпилептическом припадке, которые начинаются при резком повороте головы. Нередко атеросклероз аорты осложняется аневризмой (расширением просвета) этого сосуда, вследствие чего происходит сжатие пищевода. Это выражается в затрудненном глотании.

Если имеет место поражение брюшного отдела аорты, то клиническая картина включает в себя большее число симптомов, к тому же все они гораздо ярче выра-

жены. Простое ощупывание живота позволяет обнаружить, что сосуд расширился и утратил эластичность. Моторика кишечника нарушена, что выражается в расстройствах стула.

Наряду с изменением артериального давления отмечается появление признаков, свойственных атеросклерозу сосудов брыжейки. Осложнением этой формы болезни выступает аневризма (в тяжелых случаях распадающаяся), как и в предыдущем случае, а кроме того, острый тромбоз брюшной аорты, который выражается в серьезном нарушении кровообращения ног. При остром тромбозе требуется срочное хирургическое вмешательство, поскольку в запущенных случаях он приводит к гангрене ног.

Атеросклероз брыжеечных сосудов представляет собой одну из наиболее типичных форм ишемической болезни органов пищеварения. Брыжейка - это складка брюшины, к которой крепятся органы брюшной полости. Поражение локализующихся здесь артерий сопровождается расстройствами пищеварения (преимущественно запорами), которые тем более значительны, чем ниже проходимость кровеносных сосудов.

Мужчина ощущает тяжесть в области желудка и колющие боли в разных частях живота. Больной сильно сбавляет в весе, его мучают тошнота и отрыжка, которые возникают по прошествии 2-4 ч после приема пищи. Нередко отмечаются случаи брюшной жабы, как называются начинающиеся спустя 30 мин после еды приступы острой боли в животе, сопровождаемые поносом.

По мере развития заболевания возникают и прогрессируют явления кишечной непроходимости, витаминной недостаточности и обменных нарушений. Последствиями ишемии желудка становятся трофические язвы слизистой оболочки этого органа.

Другой частой разновидностью поражения органов артерий является атеросклероз почечных артерий. Симптоматика болезни напоминает течение любого другого заболевания почек, однако имеет ха-

рактерные особенности. На ранних стадиях ишемия почки почти ничем себя не выдает, самым первым признаком болезни становится повышение артериального давления (преимущественно нижнего).

В тяжелых случаях атеросклероз осложняется тромбозом почечных сосудов, что приводит к стойкому повышению кровяного давления и интенсивным поясничным болям. Боли в области поясницы напоминают приступ почечной колики, однако они не отдают в нижнюю часть живота и пах.

Лечение атеросклероза в любой его форме непременно комплексное, поскольку любой другой подход себя не оправдывает: оно опирается на такие методы ограничения факторов риска, как лечебная физкультура, диетическое питание, отказ от вредных привычек, медикаментозная терапия, физиотерапевтические процедуры, климатотерапия (оздоровительный отдых в санаторно-курортной зоне) и т. д. В некоторых трудных случаях, когда имеет место угроза для жизни или риск обширных повреждений, оправдано хирургическое вмешательство.

Большую осторожность следует проявлять в отношении климатотерапии. Многие больные склонны самостоятельно «прописывать» себе отдых в той или иной курортной зоне, исходя из ее престижности, совершенно не учитывая специфику воздействия этих природных факторов на организм.

Между тем пребывание в той или иной рекреационной зоне может быть показано при одной форме атеросклероза и строго противопоказано при другой, в особенности отягощенной сопутствующими заболеваниями. Выбор санатория и сезона для лечения всегда координируется врачом, в противном случае поездка, на которую возлагаются большие надежды, принесет вред. В фазе обострения болезни изменение климатических условий недопустимо.

Наибольшее внимание следует уделять диете. Лечебное питание, несмотря на все успехи медикаментозной терапии, всегда будет играть ключевую роль в борьбе с атеросклерозом, поскольку пища служит единст-

венным источником опасных жиров, поступающих в организм человека. Полное исключение жирной пищи из меню представляется нецелесообразным.

Более того, длительные диеты, исключая жиры, вредны, поскольку организм нуждается в этих веществах. В крови всегда должны содержаться твердые и мягкие липопротеины, для концентрации которых медициной найдено оптимальное соотношение. Нерациональное питание способствует выработке избыточного количества мягких липопротеинов и недостаточного - твердых (плотных).

Сбалансированный стол включает растительное масло разных видов и совсем немного животных жиров. Основным источником животных жиров являются такие продукты, как сливочное масло, молоко и сметана, употребляемые в ограниченном количестве, и нежирные молочные продукты, в первую очередь творог. Исключаются из рациона жирные баранина, свинина, мозги, почки, яичный желток, икра. Также не рекомендуются соль и сахар, которые усугубляют течение болезни.

Зато показаны овощи и фрукты, в особенности те, которые богаты пищевыми волокнами: морковь, репа, капуста, персики, арахис и т. д. Употребление нежирной мясной пищи должно быть умеренным, для лиц с нормальным и избыточным весом - примерно на 15 % ниже обычного. Вместе с тем белки должны присутствовать в меню ежедневно, причем необходима качественная и разнообразная пища.

Исключительно благотворно влияет на организм мужчины нежирная морская рыба, которая препятствует прогрессированию болезни. Многие другие морепродукты действуют аналогичным образом, хотя и менее активно. Их действие связано с содержанием в тканях большого количества йода. Без специальных указаний врача наряду с рыбой желательно употреблять в терапевтических целях морскую капусту.

Совершенно необходима лечебная физкультура, направленная на сжигание лишних жиров и нормализацию кровообращения. Например, почти всем больным

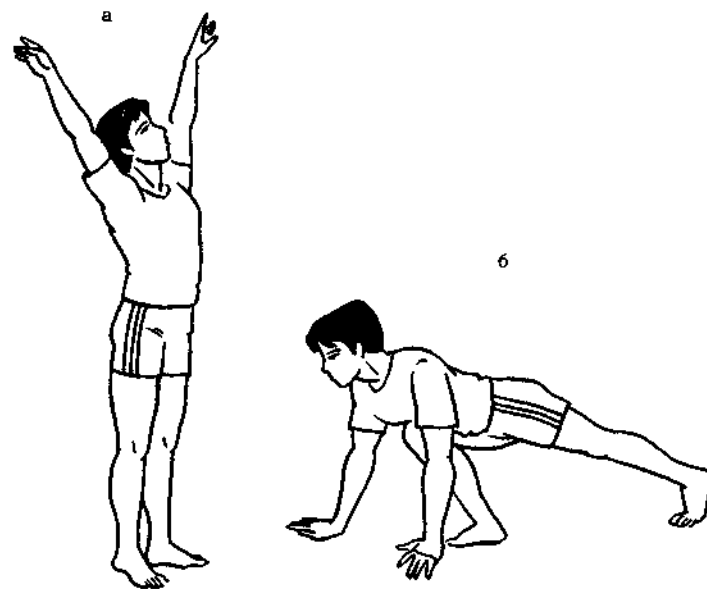


Рис. 22. Физические упражнения при атеросклерозе: а – поднятие рук; б – выпад вперед с упором в пол

атеросклерозом показана ходьба. За день рекомендуется преодолевать пешком от 5 до 15 км. Если работа больного сопряжена с минимумом физической активности, то в течение дня надо устраивать перерывы и выполнять специальные упражнения, рекомендованные врачом. Длительность одного перерыва может составлять всего 7 мин, чего вполне достаточно. Устраивать их необходимо через каждые 60-90 мин (в зависимости от режима работы).

В числе простейших упражнений, которые подойдут большинству больных, следует указать синхронное поднятие рук и выпады вперед с упором обеими руками в пол. В первом случае больной синхронно поднимает обе руки над головой, совершая при этом глубокий вдох, затем скрещивает их на груди и задерживает на несколько секунд дыхание. На заключительном этапе он свободно опускает руки вниз, делая спокойный выдох. Цикл повторяется 10-15 раз.

Второе упражнение несколько сложнее, поэтому выполнять его можно лишь в том случае, если к тому нет противопоказаний. Из исходного положения - стоя, руки по швам - больной выполняет широкий шаг вперед, наклоняя корпус в направлении движения. При этом мужчина сгибает вынесенную вперед ногу в колене и, прижимаясь к бедру животом, упирается обеими вытянутыми руками в пол.

Ишемическая болезнь сердца

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) возникает по причине поражения сосудов сердца и протекает сначала в форме стенокардии, а затем в форме хронической коронарной недостаточности. В трудно поддающихся лечению случаях у больного может развиваться инфаркт миокарда. Чаще всего инфаркт поражает лиц преклонного возраста.

Приступ *стенокардии* (грудной жабы) возникает при повышенной физической или эмоциональной нагрузке и длится порядка 2-3 мин после прекращения нагрузки или приема нитроглицерина. Для приступа характерны сжимающие или сдавливающие боли в за грудиной области. Иногда к болевым ощущениям добавляется чувство жжения. Боль отдает в шею, нижнюю челюсть, левое надплечье и левую руку, распространяясь до пальцев. Значительно реже боль иррадирует в правую руку. Сердцебиение учащенное.

Следует знать, что приступ стенокардии может быть спровоцирован кроме прочего перееданием или пребыванием в душном помещении. Стенокардические приступы почти никогда не отмечаются в положении лежа, особенно если больной спит. Однако когда подобное происходит, можно говорить о переходе ишемической болезни в следующую стадию - стадию выраженной коронарной недостаточности.

Неотложная помощь больному при приступе стенокардии состоит в первую очередь в том, чтобы обеспечить полный физический и психологический покой. Больному помогают сесть и принять положение полу-

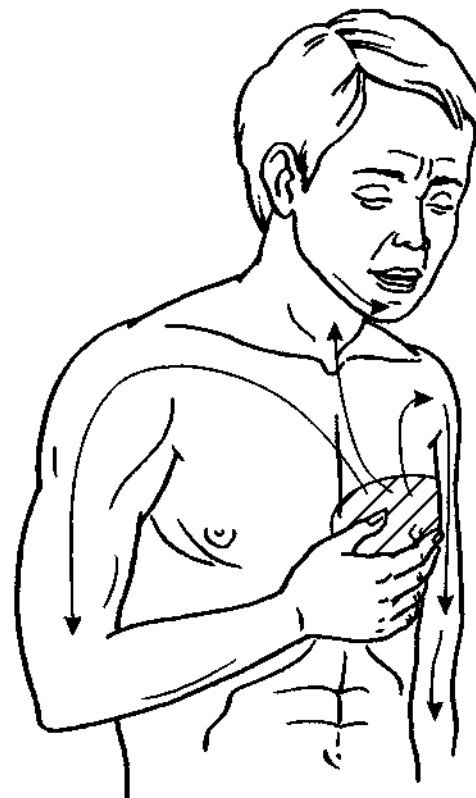


Рис. 23. Проявления приступа стенокардии

лежа, так, чтобы ноги спускались на пол. Это необходимо для снижения остроты болей. Когда боли утихнут, больной может лечь. Кроме того, необходимо открыть окно или форточку, чтобы в комнату попал свежий воздух.

В целях устранения приступа больному следует положить под язык 1/2-1 таблетку валидола (желательно с глюкозой) и 1-3 таблетки нитроглицерина. Валидол с глюкозой предпочтительнее обычного потому, что глюкоза является хорошим стимулятором сердечной деятельности. Иногда валидол с успехом заменяют ментоловыми пастилками. Нитроглицерин не предна-

значен для купирования болей, они проходят сами. Если боль слишком сильна, целесообразно отказаться от нитроглицерина и принимать амилнитрит, обладающий также и болеутоляющим действием. Уменьшает болевые ощущения горчичник, поставленный на спину в области шейно-грудинного отдела позвоночника.

Последующее лечение больных стенокардией и коронарной недостаточностью опирается на медикаментозную терапию, которая включает в себя прием коронарорасширяющих, антиагрегационных, спазмолитических, анаболических средств, а также бета-блокаторов. Важнейшими из них нужно признать коронарорасширяющие препараты, представленные органическими нитратами. Эти средства уменьшают возврат венозной крови к сердцу. К ним относятся нитроглицерин, нитронг, нитропентон, нитросорбид, сустак.

Из спазмолитиков показаны те, которые не увеличивают потребности сердечной мышцы в кислороде: папаверин, но-шпа, дитримин и т. д. На уменьшении потребности миокарда в кислороде основано действие бета-блокаторов и кордарона, который особенно эффективен при сопутствующих стенокардии аритмиях.

Правильное лечение стенокардии приводит не только к победе над этим заболеванием, но и к снижению риска инфаркта миокарда, а также острой и застойной сердечной недостаточности. Установлено, что у больных, успешно вылечивших стенокардию, если и происходят инфаркты, то они имеют форму, наименее угрожающую жизни.

Инфарктом миокарда называется острое заболевание, представляющее собой развитие некротического очага в сердечной мышце по причине застоя крови в коронарных сосудах, которые поражены атеросклерозом. В некоторых случаях инфаркт бывает спровоцирован не атеросклерозом (ИБС), а спазмом коронарных сосудов. Примечательно, что у лиц молодого возраста более частой причиной инфаркта выступает сосудистый спазм, тогда как у пожилых - атеросклероз.

Заболевание обычно распознается по длительному (до нескольких часов) приступу, во время которого от-

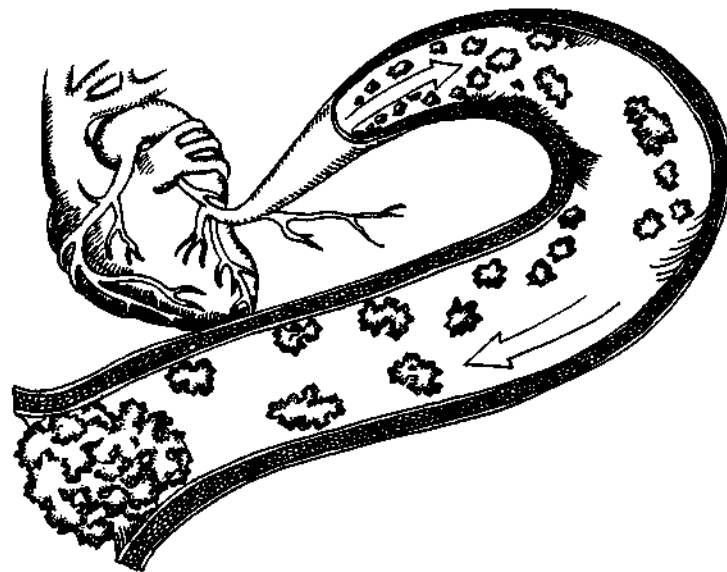


Рис. 24. Образование тромба из атеросклеротических бляшек

мечаются сильнейшие боли в сердечной и за грудиной областях. Эти боли иррадиируют в нижнюю челюсть, надчревную область и левую половину тела, особенно в левую руку и левую часть спины. Больной бледнеет, покрывается липким потом, нередко испытывает тревогу или даже сильный страх смерти (приступ танатофобии). Часто отмечаются такие симптомы, как тошнота, учащенное сердцебиение, сердечная недостаточность, удушье. Возможно резкое падение артериального давления, которое вновь приближается к норме на вторые сутки, причем скачкообразно. Во время приступа повышается температура тела, которая затем держится 2-5 дней.

Приступу часто предшествует так называемое предынфарктное состояние, для которого характерны частые приступы стенокардии, отличающиеся более сильными и нетипичными болевыми ощущениями.

Доврачебная помощь во время приступа инфаркта та же, что и во время приступа стенокардии: нитраты,

покой, свежий воздух, положение полулежа (ноги свешиваются на пол). Нитроглицерин на больного не действует либо действует очень слабо, однако принимать этот препарат все равно необходимо.

Основное лечение проводится в условиях стационара, где больной в течение первых 5-7 дней должен соблюдать постельный режим. Затем можно выполнять несложные разминочные упражнения в положении лежа. Эти физкультурные занятия проводятся обязательно под руководством врача-инструктора. Койку больной пока не покидает: режим устанавливается в общей сложности на месяц, хотя на протяжении этого срока он понемногу расширяется. В частности сидеть в постели разрешается с 20-го дня, а иногда и гораздо раньше (в самом лучшем случае - с 10-го).

На протяжении указанного периода показаны снотечение, пониженные физические нагрузки, диетическое питание. Диета включает в себя легко перевариваемую пищу с низким содержанием жиров и углеводов, ежедневный стол рассчитан на 1500-1800 ккал. Соль в рационе резко ограничена, за день ее разрешается употреблять только в количестве 2-3 г. Больному прописываются сосудорасширяющие и седативные препараты.

Осложнения инфаркта миокарда многочисленны. В подавляющем большинстве случаев это нарушения сердечного ритма, отмечаемые чаще всего в первые 3 дня. Другое относительно частое осложнение - сердечная недостаточность. Ее симптомами являются застойные хрипы, приступы сердечной астмы и отек легких, который связан с риском смерти от удушья. Особой формой сердечной недостаточности (только левожелудочковой) считается кардиогенный шок, для которого характерно резкое падение артериального давления. Больной в таком состоянии покрывается мелким потом, синее, иногда теряет сознание. Мочевыделительная функция нарушается.

По прошествии 1-2 недель (иногда спустя больший срок) после перенесенного приступа у больного развивается такое осложнение, как постинфарктный син-

дром. Он представляет собой реакцию иммунитета на отмирающие ткани сердечной мышцы. Постинфарктному синдрому свойствен такой признак, как постоянные боли в области сердца, которые не усиливаются при глубоком дыхании и не уменьшаются в положении сидя (с наклоном вперед), что позволяет отличить симптоматику клинической картины воспаления околосердечной сумки.

При сравнительно легком течении ишемической болезни допустимо заниматься упражнениями из лечебно-физкультурного комплекса, в т. ч. применяя отягощения (гантели массой 1 кг). Два основных вида таких упражнений - это поднятие гантелей над головой из положения стоя и сидя. В первом случае мужчина принимает следующее исходное положение: руки опущены, свободно висят вдоль туловища; в кистях зажаты гантели. Больной сгибает руки в локтях и поднимает их вверх, совершая при этом вдох. Затем он опускает руки и совершает выдох.

Второе упражнение предназначается для тех лиц, состояние которых допускает небольшие нагрузки. Масса используемых отягощений должна составлять 0,5 кг (в редких случаях - до 1 кг, смотря по показани-

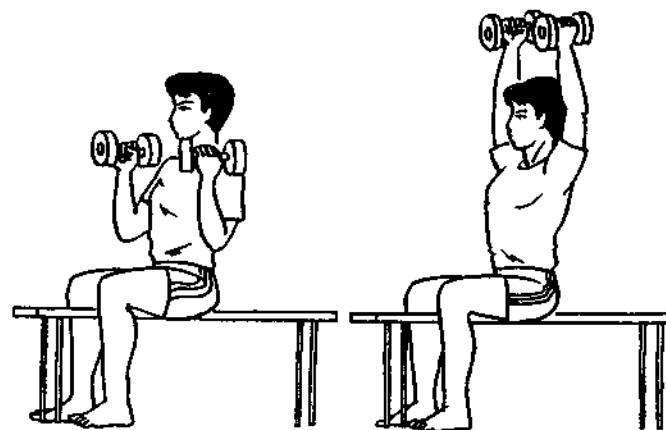


Рис. 25. Оздоровительная гимнастика при ишемической болезни сердца

ям). Исходное положение для второго упражнения: мужчина сидит на стуле или на любой другой надежной опоре, руки с зажатыми в кистях гантелями свободно свисают вниз. Затем больной поднимает руки через стороны вверх над головой и делает вдох, а после этого, приняв исходное положение, - выдох.

Наряду с этими упражнениями больным показано заниматься ходьбой и совершать ежедневные пешие прогулки в оптимальном темпе, не вызывающем учащения сердечного ритма или одышки. Длительность одной такой прогулки составляет 2 ч.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ

Определенными различиями в течении у мужчин и женщин обладают такие заболевания, как гипертония (гипертензия) и инсульт. Впрочем, нужно отметить, что вероятность инсульта несколько выше у мужчин, чем у женщин, поскольку одним из ведущих факторов, провоцирующих его возникновение, выступает атеросклероз сосудов головного мозга. Гипертония также нередко провоцируется атеросклерозом, но в данном случае он не входит в число главных причин. Гипертония часто сопутствует атеросклерозу и провоцирует нарушения мозгового кровообращения.

Гипертония

Гипертония подразделяется на первичную (собственно гипертоническая болезнь) и вторичную, которая называется симптоматической артериальной гипертензией и составляет до 10 % всех случаев гипертонии. Первичной гипертонией принято называть сосудистое заболевание, ведущим признаком которого выступает повышенное артериальное давление, не связанное с заболеваниями внутренних органов.

При симптоматической артериальной гипертензии повышение давления обусловлено определенным патогенным процессом во внутренних органах человека. Специфика вторичной гипертонии у мужчин заключа-

ется в том, что это заболевание часто бывает обусловлено бессимптомной бактериоспермией (см. главу 4). У женщины, даже заразившейся от мужа возбудителями бактериоспермии, повышение давления не отмечается.

Наряду с основным заболеванием, которое вызвало гипертонию, существуют факторы, дополнительно провоцирующие развитие артериальной гипертензии и усугубляющие состояние больного. На первое место среди них необходимо поставить потребление соли. Патогенную роль соли доказывает сопоставление рациона эскимосов и некоторых других народов, почти не использующих соль, с рационом тех наций, которые употребляют много соли. У эскимосов крайне редко встречаются случаи гипертонии среди кардиологических больных, а у людей со здоровым сердцем повышение давления не наблюдается вовсе.

Гипертонический синдром распознается по ряду характерных признаков. На начальной стадии гипертонии почти никогда не вызывает заметного ухудшения самочувствия и проявляется только в периодическом изменении артериального давления. Впоследствии давление становится постоянно повышенным, т. е. всегда превосходящим возрастную норму. К этому признаку добавляются головные боли, сопровождаемые чувством тяжести в области затылка. Обычно приступы головных болей мучают гипертоника в утренние часы.

Интенсивность болей может зависеть от значения давления: чем выше давление, тем сильнее болевые ощущения. Но такое наблюдается далеко не всегда. Часто случается, что интенсивность болей возрастает при быстром изменении давления, хотя само по себе изменение сравнительно невелико.

Нередко головная боль сопровождается головокружением и мельканием перед глазами. Иногда на фоне болевого приступа отмечается тошнота. У некоторых гипертоников открывается носовое кровотечение, после которого зачастую происходит небольшое уменьшение головной боли. Если гипертонии сопутствует атеросклероз сонных и мозговых артерий, то в клинической картине появляются некоторые симптомы нару-

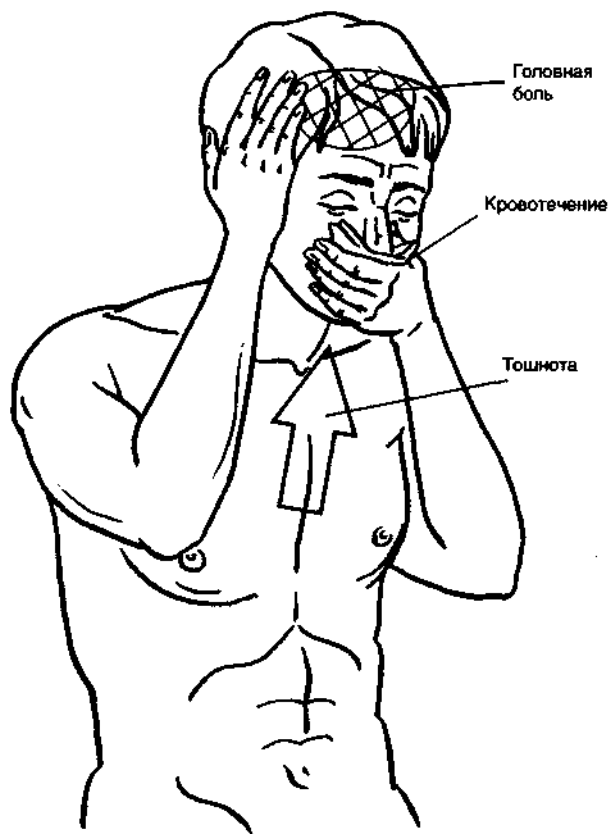


Рис. 26. Симптомы гипертонии

шения мозгового кровообращения и ишемической болезни сердца.

Часто на фоне повышенного давления развивается ортостатическая неустойчивость, при которой у человека начинает кружиться голова при резких движениях и изменении положения, особенно при вставании с кровати или наклонах. Прогрессирующая ортостатическая неустойчивость ведет к тому, что головокружение подчас сопровождается потемнением в глазах, чувством слабости, кратковременной утратой координации и даже обмороками.

Самодиагностика и последующее наблюдение за течением болезни невозможны без регулярных измерений артериального давления. Измерять давление нужно только с соблюдением определенных условий, иначе получить точные результаты не удастся. Больной должен быть максимально спокоен и расслаблен. Лучше, если он перед измерением полежит 5 мин в удобном положении. Обстановка при измерении давления спокойная. Манжетка тонометра плотно обхватывает плечо.

Рекомендуется измерять давление по утрам ежедневно, поскольку так называемый утренний показатель наиболее важен для оценки состояния больного и эффективности проводимого лечения. Нелишние периодически проверять уровень артериального давления в положении стоя, после того как было замерено давление в положении лежа. Обнаруженная разница позволяет специалисту судить об ортостатической устойчивости человека, а значит, и о степени риска, которому он может подвергаться.

Лечение артериальной гипертонии состоит из трех основных компонентов: лечения бактериоспермии или любого заболевания, спровоцировавшего развитие гипертонии; особого режима, исключающего нагрузки на все физиологические системы организма; применения гипотензивных (понижающих давление) средств — медикаментов и фитопрепаратов.

Гипертоник на начальном этапе лечения должен строго соблюдать режим. Больному требуется сон длительностью как минимум 8 ч, а желательно и более продолжительный (до 9 ч). Для нормализации сна допустимо применять снотворные и успокоительные средства, но при этом необходимо непременно проконсультироваться с врачом. В послеобеденные часы заставлять себя спать необязательно, но небольшой отдых в это время все же желателен. Такой отдых предполагает полную физическую и психическую релаксацию.

Умеренные физические нагрузки обязательны, они сводятся к ходьбе и несложным упражнениям. Подвижность должна ограничиваться таким пределом на-

грузок, за которым наступает одышка или возникают неприятные ощущения. В рационе больного необходимо сократить количество соли, однако калорийность пищи можно оставить в пределах нормы. Если же гипертония сопровождается атеросклерозом, другим заболеванием сердца и сосудов либо ожирением, то в таком случае рекомендуется употреблять только малокалорийные продукты. В случае непереносимости лечения, обострений или осложнений показано сделать режим более строгим.

По мере выздоровления самочувствие больного улучшается примерно на 7-10-й день. Тогда же отмечается стабилизация давления. Оно остается слегка повышенным: значение нижнего давления составляет примерно 100 мм рт. ст., особенно если больной также страдает атеросклерозом. Спустя 2 недели со дня завершения основного лечения болевые ощущения, однако полное исчезновение болевого симптома происходит далеко не у всех. Особенно долго проходят боли, связанные со стенокардией, которой может быть осложнена гипертония.

Замечено, что с наибольшей вероятностью болевой симптом проходит у лиц, применяющих наравне с медикаментами средства на основе лекарственных растений (подробнее см. в конце главы). По завершении дополнительного, т. е. поддерживающего курса фитотерапии, согласованного с врачом, отмечается не только снижение давления, но и ослабление явлений атеросклероза и аритмии.

Инсульт

Инсульт, называвшийся в старину апоплексическим ударом, представляет собой очаговое поражение сосудов головы с серьезным нарушением мозгового кровообращения. Обычно он встречается у женщин. Мужской инсульт отличается от женского тем, что несколько реже вызывается артериальной гипертензией и почти никогда климактерическими изменениями в организме, но преимущественно атеросклерозом или фле-

бологическими заболеваниями (поражениями вен в виде тромбоза, флебита, синус-тромбоза и т. д.).

Причем чем моложе мужчина, тем чаще у него развивается инсульт вследствие поражения артерий, тогда как поражения вен головы более характерны для пожилого возраста. Кроме того, для молодых женщин инсульты нетипичны: больные возрастной группы до 40 лет - это преимущественно мужчины.

В медицине различаются три формы инсульта - геморрагический, ишемический и смешанный, который развивается сходно с двумя предыдущими формами. Геморрагический инсульт представляет собой мозговое кровоизлияние, в результате которого в тканях головного мозга (обычно в коре) образуется заполненная кровью полость - гематома. Или же эти ткани пропитываются кровью.

Заболевание чаще всего проявляется у мужчин зрелого возраста (от 40 до 50 лет, нередко старше). Инсульту в некоторых случаях предшествуют такие предвестники, как ощущение прилива крови к лицу, нарастающая головная боль, видение окружающих предметов словно сквозь туманную дымку, а иногда и в красном цвете. При появлении предвестников необходимо отложить все дела, принять максимально удобное, расслабленное положение и попросить находящихся рядом людей вызвать врача, объяснив ситуацию.

К сожалению, обычно предвестники геморрагического инсульта отсутствуют. Он возникает внезапно в дневное время, причем, как правило, в момент максимальных физических или психических нагрузок. Мужчина испытывает острейшую головную боль, затем теряет сознание и падает. Лица, оказывающие больному доврачебную помощь, могут распознать инсульт по следующим признакам: лицо покрасневшее; кожа покрыта каплями пота; температура тела скачкообразно меняется; артериальное давление повышено; дыхание частое, хрипящее, иногда мелкое, редкое и с затрудненным вдохом.

Нарушение сознания может быть очень значительным по глубине, в т. ч. больной может впасть в кому.

Контакт с коматозным больным невозможен, мужчина никак не реагирует на внешние воздействия. Распознать инсульт у коматозного больного удастся по симптому «паруса» (одна из щек надувается на выдохе), вывороченной наружу стопе, низкому тону мышц. Поднятая и опущенная рука падает, как плеть.

Об обширном кровоизлиянии свидетельствуют глазодвигательные расстройства. Если больному поднять веко, то можно увидеть косоглазие, «плавание» зрачков либо маятникообразные колебания вокруг оси глазных яблок. Реакция зрачков на свет заметно ослаблена либо вовсе отсутствует. Обычно дыхание в таком состоянии затруднено.

В легких случаях при восстановлении сознания у больного отмечаются затруднения в общении с окружающими. Он может не узнавать лиц, не различать речи или отдельных слов, не воспринимать зрительно какой-то части пространства перед собой, не понимать, где находится. Иногда человека мучают головные боли, сопровождаемые постоянным головокружением и многократной рвотой, что свидетельствует о кровоизлиянии в ткани мозжечка.

После того как больной приходит в себя, у него обычно обнаруживаются разнообразные нарушения мышечной активности в форме параличей (полного отсутствия двигательной функции) и парезов (частичного отсутствия двигательной функции). Поражается сторона, противоположная полушарию, в которое произошло кровоизлияние.

Часто чувствительность кожи на этой стороне заметно снижается и даже полностью пропадает. Из возможных двигательных нарушений обращает на себя внимание в первую очередь паралич взора, когда глаза отведены в сторону, противоположную парализованным конечностям. В медицине это положение глазных яблок принято образно характеризовать следующим образом: «Больной смотрит на пораженное полушарие».

В детском возрасте случаи геморроидального инсульта сравнительно редки. Из всех форм болезни у мальчиков обычно наблюдаются подбололочные кровоиз-

лияния, которые у зрелых мужчин редки. Причиной возникновения этой разновидности инсульта являются эмоциональные и физические перегрузки, а также черепно-мозговые травмы. Предвестники болезни появляются далеко не всегда: головокружение, «мелькание» перед глазами, боль в области глазницы, шум в голове.

Чаще всего инсульт развивается без предвестников. Он начинается с резкой головной боли, напоминающей удар в затылок. Затем у ребенка начинается тошнота, приводящая к рвоте. Температура тела повышается до 38–39,5 °C. Больной возбужден, много движется, иногда у него развиваются эпилептический припадок или светобоязнь.

Ишемический инсульт характерен в большей степени для лиц старше 50 лет, хотя возможен и в более молодом возрасте. Заболевание заключается в закупорке мозговых артерий и вен тромбами или атеросклеротическими бляшками, приводящей к недостаточности мозгового кровоснабжения. Течение ишемического инсульта может быть различным, что позволяет выделить такие его проявления, как белый, красный и смешанный инфаркты. Белый инфаркт представляет собой участок отмершего мозгового вещества. Красный инфаркт выглядит как участок дряблой ткани, насыщенной кровью. Смешанный инсульт очень близок по характеру к ишемическому, но при этом осложняется множественными кровоизлияниями.

Предвестники ишемического инсульта появляются примерно за сутки до начала заболевания. Они представлены временными нарушениями мозгового кровообращения, которые проявляются в головной боли, чувстве общего дискомфорта, кратковременном расстройстве сознания. Поскольку ишемия мозга часто выступает следствием атеросклероза, то инсульт нередко развивается после инфаркта миокарда. Спровоцировать возникновение болезни можно также эмоциональным напряжением, высокой физической нагрузкой, принятием горячей ванны, чрезмерным употреблением алкоголя, острой инфекцией, обширной кровопотерей.

В отличие от стремительно развивающегося геморрагического инсульта ишемия мозга развивается несколько часов или даже дней. Впервые обнаруживает она себя ночью или ранним утром, сразу по пробуждении больного. Симптомы то появляются, то исчезают. Это явление называется «мерцанием» симптомов. Лицо у больного бледное, реже - слегка синюшное. Он жалуется на нарушения кожной чувствительности, обоняния и стереоскопичности зрения. На стороне тела, противоположной очагу поражения, развивается гемипарез руки и ноги. Типичны нарушения речи, унаваания и т. д.

Неотложная помощь при инсульте заключается в том, чтобы обеспечить больному покой и незатрудненное дыхание. Человека кладут на спину, стараясь как можно меньше беспокоить голову, и снимают с него стесняющую одежду. Комнату, где больной находится, хорошо проветривают, а на нем расстегивают верхнюю одежду. Температура воздуха в помещении не должна превышать 20 °С. В целях предотвращения удушья из-за западания языка больному осматривают рот. В случае угрожающего нарушения дыхания выполняется искусственная вентиляция легких.

Непреренно нужно измерить артериальное давление у больного. Если оно повышено, то рекомендуется внутривенное введение 0,5% -ного раствора дибазола в количестве 5-10 мл (струйно). Когда предпринятая мера оказалась бездейственной, больному дают 1-2 драже коринфара под язык. Если давление понижено, необходима внутривенная инъекция 5%-ного раствора глюкозы (20 мл).

Головная боль купируется анальгином (2 мл 50% -ного раствора внутривенно), который также снижает температуру тела. Чтобы предотвратить повторные приступы рвоты, больному внутримышечно вводится церукал (реглан) в количестве 2 мл, т. е. 1 ампула. Церукал выпускается, кроме того, еще и в таблетках, но их использовать строго воспрещено.

Необходимо, чтобы больной как можно скорее поступил в стационар для прохождения медобсле-дова-

ния, позволяющего поставить точный диагноз и назначить соответствующее лечение, которое иногда (при тяжелом течении геморрагических инсультов) может быть радикальным. После инсульта всегда остаются осложнения в виде нарушений двигательной функции и т. д., поэтому по завершении курса лечения больного проводится реабилитация, направленная на функциональное восстановление или компенсацию приобретенного дефекта.

Большое значение для больного на этом этапе имеет медикаментозная терапия, которая включает в себя помимо прочего применение биогенных стимуляторов (настойки женьшеня, экстракта алоэ), витаминов группы В и т. д. Однако коррекция двигательных нарушений посредством одних только медикаментов невозможна.

Вторым обязательным условием успешной реабилитации больного является применение лечебно-физкультурных комплексов в сочетании с массажем, рефлексотерапией (иглоукаливанием и акупрессурой), физиопроцедурами.

Занятия по программе оздоровительной гимнастики начинаются сразу, как только отмечается сглаживание общемозговых явлений и двигательные расстройства становятся очевидны. Обычно этот срок соответствует 5-6-му дню после кризиса. Чтобы сохранить подвижность суставов парализованных конечностей, применяется лечение положением: под паретичные руку и ногу делают специальную укладку.

Больного в течение дня попеременно кладут на спину или на здоровый бок, несколько раз меняя положение. Каждый раз при смене положения больному необходимо выполнять пассивные движения в локтевом, плечевом, тазобедренном, коленном и голеностопном суставах. Для этой цели человек, который ухаживает за больным, сначала берет его руку и разрабатывает ее, сгибая и разгибая тот или иной сустав. Затем сходная процедура повторяется с ногой.

Всего с каждым суставом необходимо выполнить порядка 8-10 движений, т. е. 4-5 сгибаний и столько

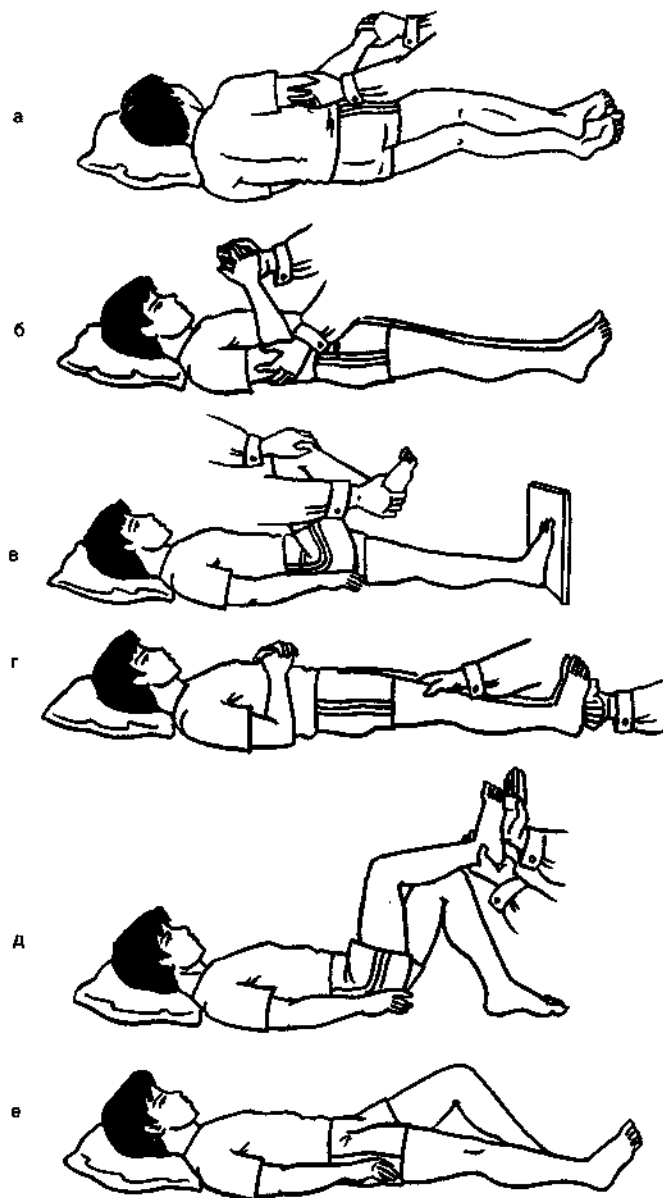


Рис. 27. Начальные упражнения для перенесшего инсульт:
а, б, в, г – пассивные; д, е – активные

же разгибаний. С рукой удобнее всего работать в положении на боку, а с ногой – в положении лежа на спине. Движения должны быть плавными, неторопливыми и ритмичными, чтобы не причинять боли и не спровоцировать повышение мышечного тонуса. На кисти рук желательно надеть теплые варежки, а на ступни – носки. Если конечности хотя бы немного переохладятся, это вызовет мышечный спазм.

Чтобы больной не переутомился, необходимо делать паузы между упражнениями для разных суставов. Во время паузы больной некоторое время отдыхает, а потом выполняет под руководством инструктора несколько дыхательных движений и приступает к упражнениям с участием другого сустава. Лечение положением не прекращается и впоследствии, даже когда больной начинает ходить.

Начало второй недели лечения – важный рубеж, когда наряду с указанными упражнениями начинает активно применяться лечебно-профилактический массаж легкой интенсивности. На руках рекомендуется массировать мышцы-разгибатели (например трицепсы), а на ногах – мышцы-сгибатели (бицепсы и т. д.).

Когда у больного улучшается общее состояние и появляются произвольные движения в тазобедренном суставе, его сажают в кровати. Первоначально он должен иметь опору в виде стены или подушки, позднее он сидит самостоятельно, свесив ноги на пол (стопы должны упираться в скамеечку). Когда больной сидит, за ним обязательно нужно присматривать. Кто-то из родных мужчины или медработник следит за тем, чтобы больной не упал, не сутулился, сидел ровно, не переутомился и не переохладился.

Важно, чтобы поставленная на скамеечку парализованная стопа занимала правильное положение.

По прошествии 4-6 недель со дня окончания курса лечения больного начинают учить ходьбе. Этим занятиям предшествуют подготовительные упражнения, которые начинаются еще в период строгого постельного режима. Подготовительные упражнения заключаются в пассивных и, что наиболее важно, в активных движе-

ниях. Активные упражнения заключаются в удержании стопы в приданном ей положении, а также сгибании и разгибании в коленном суставе.

Поначалу больной, учащийся ходить, нуждается в помощи сопровождающего или даже двоих сопровождающих, которые должны поддерживать его с обеих сторон, чтобы нагрузка на паретичную ногу была минимальна. В дальнейшем поддержка становится ненужной: больной начинает передвигаться самостоятельно, опираясь здоровой рукой на специальную трость, которая оснащена треногой для увеличения площади опоры.

Однако во время прогулок больного должен кто-либо сопровождать, чтобы помогать ему на трудных участках пути (ступенях) и следить за его осанкой и движениями рук и ног. Для перенесших инсульт типична синергия паретичных руки и ноги, т. е. их синхронное сонаправленное движение. Самостоятельно сопротивляться синергии больной не может, поэтому помогать ему должен спутник.

Первичная профилактика опирается на своевременное лечение таких заболеваний, как атеросклероз (особенно протекающий как ишемическая болезнь сердца), артериальная гипертензия, ревматизм, сахарный диабет. Мужчине, страдающему хотя бы одним из этих заболеваний, необходимо провести специальное исследование кровообращения головного мозга. Важно соблюдать диету с ограничением жирных, сладких и мучных блюд. Непременнo нужно отказаться от вредных привычек – табакокурения и употребления спиртных напитков.

Вторичная профилактика нацелена на поддержание стабильного состояния у больного, прошедшего курс лечения и реабилитации. Предупреждение повторных нарушений мозгового кровообращения осуществляется путем диспансерного наблюдения за больным.

Оздоровительный режим кардиологического больного

Сам больной и его родные, которые берут на себя хлопоты по уходу за ним после выписки из стациона-

ра, должны позаботиться о создании условий, благоприятствующих соблюдению оздоровительного режима. Этот режим при затяжном периоде реабилитации (особенно в случае с инсультом) подразделяется на адаптационный и тренирующий.

Адаптационный период включает в себя регулярные прогулки на свежем воздухе (по 30 мин утром и вечером), которые преобладают зимой, когда прочие формы физической активности неприменимы. При временном ухудшении самочувствия или при плохой погоде показано заменять прогулки дыхательными упражнениями. В тренирующий период прогулки проводятся утром и вечером, на каждую из них затрачивается примерно 40 мин, а при хорошем самочувствии – до 1 ч.

Лицам с нарушением двигательных функций (последствия инсульта) необходимо, кроме того, под присмотром родных или инструктора-медработника по 15 мин в день заниматься упражнениями на повышение подвижности конечностей и трудотерапией. Этим занятиям уделяется вечернее время, но не часы перед сном, а где-то в интервале с 17 до 18 ч. В тренирующий период длительность ежедневных сеансов трудотерапии насчитывает 30–45 мин.

На начальном этапе восстановление двигательной функции осуществляется благодаря игровым занятиям и привыканию к обращению с бытовыми предметами. Игровые занятия включают в себя лепку, кубики, перекладывание предметов из одной коробочки в другую и т. д. Восстановление способности обращаться с бытовыми предметами предполагает тренировки по использованию столовых приборов, открыванию крана и т. д.

Купаться больному какое-то время не следует, полезнее проводить обтирания 1 раз в 2–3 дня. В дальнейшем можно в лечебных целях принимать хвойные и морские ванны с температурой воды 35 °С. Длительность одного сеанса водолечения составляет 8 мин.

Приему ванны обязательно предшествует двухчасовой отдых. Спустя некоторое время после водных процедур (около 3 ч отдыха) рекомендуется легкий мас-

саж. Ежедневный массаж, повышающий тонус мускулатуры и чувствительность кожи к тактильным воздействиям, необходим большинству перенесших инсульт, если самочувствие удовлетворительно.

В тренирующий период экспозиция ванны составляет 10 мин, а частота приема - через день. Температура воды - 36 °С. Курс лечебных ванн включает 11 процедур. Отдых перед водными процедурами длится до 90 мин, после - не менее 60 мин. В том случае, если мужчина испытывает боли в суставах и мышцах, водные процедуры в этот и на следующий день не проводятся вне зависимости от периода лечения (адаптационного или тренирующего). О целесообразности массажа судит врач.

Большое значение имеет для «сердечников» аэротерапия, т. е. лечение воздухом. Простейший вид аэротерапии - прогулки в парке, где воздух чист от автомобильных выхлопов и промышленных выбросов, а также наполнен полезными веществами, которые выделяют растения.

Чрезвычайно полезно вдыхать воздух, насыщенный ионами солей. Такой состав имеет воздух в соляных пещерах и шахтах и на морском побережье. Однако если больному затруднительно совершить поездку в санаторий, где проводится аэротерапия соленым воздухом, то можно просто приобрести солевой светильник. Это устройство значительно улучшает состав воздуха дома.

Другим полезным приспособлением, которое особенно необходимо кардиологическому больному, является аэроионизатор - генератор отрицательных кислородных ионов, известный больше под названием люстры Чижевского. Аэроионизатор в 5 раз и более снижает концентрацию в воздухе вредных веществ и улучшает микроклимат помещения.

Один сеанс обработки воздуха длится около 30 мин, если людей в комнате нет. Когда больной находится в комнате, где включен ионизатор, процедура занимает по времени 5-10 мин. За этот интервал в организм мужчины попадает свыше 100 млрд отрицательных

ионов, столь необходимых для нормального протекания всех физиологических процессов. Помещение, где проводится процедура, должно вентилироваться во время сеанса. Температура воздуха там не должна опускаться ниже 15 °С.

Солевые и отрицательные кислородные ионы полезны для сердечно-сосудистой системы. Процедуры с использованием солевого светильника и люстры Чижевского помогают при лечении атеросклероза, ИБС (главным образом стенокардии), инсульта и особенно гипертонической болезни.

Питание в адаптационный и тренирующий периоды реабилитации одинаково. К меню всех кардиологических больных предъявляются примерно одни и те же требования. Это так называемая диета № 10 по Певзнеру с ограничением соли и жиров. Больной должен принимать пищу маленькими порциями и часто, до 6 раз в день. Лицам, перенесшим инсульт и находящимся на стадии реабилитации, рекомендуется принимать пищу 5-6 раз в день. Общая масса продуктов, съедаемых за день, не может превышать 2,5 кг.

Периодически проводятся разгрузочные дни, в течение которых съедается всего по 0,5-1,5 кг какого-либо продукта. В зависимости от вида продукта разгрузочные дни могут быть яблочными, огуречными, кефирно-творожными и дни на кураге. Разгрузочные дни необходимы для выведения избыточной жидкости из организма, снижения артериального давления, а также для борьбы с лишним весом.

В целях предупреждения накопления в организме избыточной жидкости, которая негативно сказывается на работе сердечно-сосудистой системы, полагается выпивать за день не более 900 мл с чаем, шиповниковым или другими витаминными настоями, соками. Оптимальное потребление жидкости составляет 700—800 мл в день. Чай больному разрешен некрепкий, пить его следует как можно реже.

Из первых блюд показаны крупяные, молочные и овощные супы. При недостатке витаминов рекомендуется готовить больному фруктовые супы. Если пере-

несшему инсульт трудно жевать, то супы стоит готовить протертые. Суммарное количество белков в суточном рационе не должно превышать 100 г. Из этого количества 65 г должны быть непременно животными белками.

Источниками животных белков служат нежирное мясо (говядина, телятина, кролик), нежирная птица (в основном куры и индейки) и нежирные сорта рыбы (треска, судак, щука). Также можно ежедневно потреблять по 1 куриному яйцу, сваренному всмятку или вкрутую.

Молочные продукты следует употреблять с осторожностью. На организм большинства больных благоприятно действуют такие кисломолочные продукты, как кефир, простокваша, ряженка и творог с низкой жирностью. Сметану и сливки разрешается употреблять в ограниченном количестве. Молоко можно пить при условии, что его жирность невысока и что оно не вызывает метеоризм.

Овощи подвергают варке и используют для приготовления гарниров в виде пюре и рагу. Кардиологическим больным рекомендуются капуста цветная, лук зеленый, морковь, петрушка, помидоры, свекла. Картофель допускается, но в ограниченном количестве. Для выведения избыточной жидкости при явлениях сердечной недостаточности требуется больше употреблять фруктов и ягод, обладающих мочегонным действием: груш, лимонов, крыжовника, земляники, барбариса.

При лечении или профилактике гипертонической болезни целесообразно применять плоды и сок рябины черноплодной. Сок рябины пьют по 50 мл 3 раза в день за 30 мин до еды.

Плоды употребляют по 100 г 3 раза в день за 30 мин до еды. Курс приема длится от 2 до 4 недель.

Сердечнику разрешены почти все виды растительных жиров, но вот количество их должно быть ограниченным - не более 20 г в день. Количество жиров животного происхождения, употребляемых вместе с мясом, птицей, рыбой и молочными продуктами, а также

в виде сливочного масла, не должно превышать 50 г в день. Бараний, говяжий и свиной жиры полностью исключаются из рациона, особенно при наличии атеросклероза или после инсульта.

Во время разгрузочного яблочного дня необходимо съедать в 5 приемов 1,5 кг яблок (по 300 г), в т. ч. в виде пюре или мелко нарезанных, если больному трудно жевать. Во время огуречного дня съедается 1,5 кг огурцов по 300-400 г за один прием. Трапеза проводится 4-5 раз в день. Во время кефирно-творожного дня предполагается выпить 1 л кефира и съесть 400 г творога. Больной принимает пищу 4 раза в день, съедая 100 г творога и выпивая 1 чайный стакан (250 мл) кефира. Когда проводится день на кураге, больному предполагается съесть 0,5 кг размоченной кураги, принимая за один раз по 100 г (всего 5 приемов).

Фитотерапия сердечно-сосудистых заболеваний

Аптечные и самостоятельноготавливаемые препараты на основе растений являются замечательным вспомогательным средством при лечении большого числа заболеваний сердца и сосудов, в первую очередь атеросклероза, ишемии во всех ее формах и гипертонии, а также некоторых их осложнений в виде аритмий и т. д.

Состояние стенок сосудов, где образуются атеросклеротические бляшки, значительно улучшается благодаря приему сбора на основе сушеницы болотной и пустырника. Компоненты сбора стабилизируют баланс мягких и твердых липопротеинов в крови и нормализуют проницаемость сосудистых стенок.

Сбор на основе сушеницы и пустырника

3 ч. ложки травы сушеницы болотной, 3 ч. ложки травы пустырника пятилопастного, 2 ч. ложки семян укропа огородного и по 1 ч. ложке листьев мать-и-мачехи, травы зверобоя продырявленного и ягод земляники лесной залить 0,8 л кипятка (4 граненых стакана) и настаивать в течение 15-20 мин, после чего процедить и

принимать по 2/3 стакана 3 раза в день до еды. Длительность курса лечения составляет 6-8 недель.

Когда атеросклероз отягощен артериальной гипертензией, следует в качестве гипотензивного средства применять траву омелы белой. Активные вещества омелы не только снижают давление, но и устраняют головокружение и головные боли. Можно использовать аптечные препараты омелы - жидкий экстракт и настойку. Экстракт полагается принимать внутрь по 20-30 капель 3 раза в день. Настойка принимается в большей дозировке: 30-40 капель до 4 раз в день. Сухую траву омелы, собранную самостоятельно или купленную в аптеке, можно использовать для приготовления настоя.

Настой травы омелы белой

1 ст. ложку травы омелы залить 1 л кипятка и настаивать 20-25 мин, после чего процедить. Пить по 1 стакану мелкими глотками в течение всего дня. Длительность курса составляет 3-4 недели, затем проводится курс поддерживающей терапии: настой принимать по 1 ст. ложке 2-3 раза в день. Последний курс продолжается столько дней, сколько требуется.

Гипотензивным и кардиотоническим действием обладают препараты цветков боярышника кроваво-красного. Настойка боярышника принимается до еды в количестве 20-40 капель 3-4 раза в день. Это средство рекомендовано также в случае предрасположенности к приступам учащенного сердцебиения (пароксизмальная тахикардия). Настой цветков этого кустарника показан в качестве одного из средств в комплексной терапии гипертонической болезни.

Настой цветков боярышника кроваво-красного

1-2 ч. ложки цветков боярышника залить 200 мл кипятка (1 граненый стакан) и настаивать 10-15 мин. Готовое средство процедить и принимать по 1/2 стакана 2 раза в день.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ И ОБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ

Эти два вида нарушений тесно связаны между собой. За счет деятельности желез внутренней секреции, вырабатывающих гормоны, осуществляется регулирование обменных процессов в организме, поэтому дисфункция этих органов зачастую приводит к различным обменным нарушениям. Гормональные заболевания принято называть эндокринными, поскольку железы внутренней секреции объединяют в эндокринную систему организма.

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО МУЖСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В большинстве случаев сугубо мужские заболевания обусловлены нарушениями механизма выработки половых гормонов, а также дисбалансом мужских и женских гормонов в организме. Железы внутренней секреции независимо от пола продуцируют как мужские, так и женские половые гормоны (андрогены и эстрогены). При определенных заболеваниях, обменных нарушениях и в некоторые периоды жизни (половое созревание, климактерий) соотношение андрогенов и эстрогенов оказывается в силу тех или иных причин нарушенным, что ведет к патологии развития организма (у мужчин проявляются вторичные женские половые признаки - увеличиваются грудные железы, меняется тембр голоса и т. п.).

Гинекомастия

Гинекомастией называется увеличение у мужчины одной или обеих молочных желез, отчего они приобретают сходство с грудью женщины. Гинекомастия представляет собой серьезный косметический дефект, кроме того, она затрудняет своевременную диагностику рака молочной железы у мужчины, а нередко и предшествует этому заболеванию. Поэтому гинекомастия подлежит лечению - консервативному либо, при его неэффективности, радикальному, т. е. ампутации груди.

Различаются две формы гинекомастии - истинная и ложная. При ложной гинекомастии, называемой также псевдогинекомастией, рост молочных желез происходит за счет избыточных жировых отложений в подкожной клетчатке. Естественно, чаще всего псевдогинекомастия обусловлена ожирением.

Истинная гинекомастия связана с чрезмерным ростом (гиперплазией) долевых млечных протоков, которому сопутствует гипертрофия соединительной ткани железы. Наиболее часто истинная гинекомастия наблюдается в период полового созревания, когда отмечается временный дисбаланс андрогенов и эстрогенов из-за перестройки функциональных связей между яичками и другими железами внутренней секреции. Заболевание развивается с возникновения односторонней или двусторонней припухлости, которая нередко бывает болезненной.

С возрастом припухлость исчезает, однако иногда может и остаться у взрослого мужчины. Увеличение желез крайне незначительно, поэтому специального лечения, как правило, не требует. Однако у 8 % больных железы увеличиваются весьма значительно и сохраняют такие размеры, по крайней мере, 3 года. Этот косметический дефект препятствует полноценной социальной адаптации юноши (молодого мужчины), мешает общению с девушками и в конечном итоге травмирует психику.

Ряд заболеваний приводит к дисбалансу некоторых гормонов, в особенности андрогенов, эстрогенов, пролактина и гонадотропных гормонов. Такого рода нару-

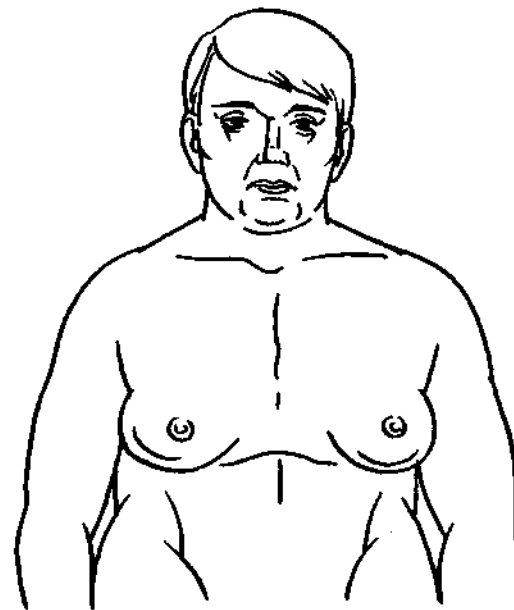


Рис. 28. Больной гинекомастией

шения могут послужить причиной гинекомастии не только в юношеском, но и более старшем возрасте. Наиболее типичные ситуации представлены аномалиями развития и хромосомными aberrациями вроде гермафродитизма или синдрома Клайнфельтера.

В ряде случаев гинекомастия выступает в качестве самостоятельного заболевания, имеющего наследственную природу. Семейная гинекомастия в основных своих формах передается либо только по женской линии (в данном случае она сочетается с атрофией яичек), либо только по мужской линии (протекает без атрофии яичек). Отдельно нужно назвать синдром Рейфенштейна, как называется семейная гинекомастия, которая сочетается с врожденным пороком полового члена - гипоспадией.

Иногда генетически обусловленная гинекомастия сопутствует наследственному нарушению кишечного пищеварения. Тогда она отягощена олигоспермией и

эректильными нарушениями (см. главу 4). Помимо того, для заболевания характерны различные поражения центральной нервной системы.

Известны случаи приобретенной гинекомастии, когда патологический рост груди происходит вследствие какого-либо другого заболевания. Одним из наиболее типичных примеров служат опухоли яичек и надпочечников. Эти опухоли вырабатывают в большом количестве женские половые гормоны. Другими онкологическими заболеваниями, провоцирующими возникновение гинекомастии, являются аденома предстательной железы и рак легкого (прорастающий из бронхов).

Многие обменные нарушения способствуют увеличению молочных желез у мужчин. В первую очередь к таким последствиям приводят нарушения белкового обмена (диспротеинемия, белковое голодание) и сахарный диабет. Прочие болезни, способные привести к гинекомастии, представлены сердечно-сосудистой недостаточностью, диффузным токсическим зобом, туберкулезом легкого, гипотиреозом, аддисоновой болезнью.

Первопричиной гинекомастии следует назвать и многие заболевания печени. В этом органе протекают обменные процессы с превращениями стероидов, поэтому при его поражениях обмен стероидов нарушается, вследствие чего происходит повышение уровня эстрогенов в крови. Алкогольный цирроз печени выступает причиной развития синдрома Сильвестрини - Корды, при котором гинекомастия отягощена функциональной недостаточностью половых желез (гипогонадизм) и импотенцией.

Сравнительно нередки случаи, когда заболевание развивается вследствие приема определенных медикаментозных препаратов, которые могут воздействовать на рецепторы тканей молочных желез либо влиять на продукцию тех или иных гормонов (гонадотропина, пролактина, половых гормонов). Такой эффект отмечается, в частности, в ходе лечения хронической коронарной недостаточности дигиталисом на восстановительном периоде, реже - в другие периоды применения препарата.

Естественно, известному риску увеличения молочных желез подвергаются мужчины, принимающие эстрогены, тестостерон, хорионический гонадотропин. Перечень остальных медикаментов, приводящих к тем же последствиям, включает в себя верошпирон, резерпин, фенофтиазида.

Консервативное лечение гинекомастии проводится в амбулаторных условиях под наблюдением врача-эндокринолога. Подбор препаратов осуществляется специалистом с учетом первопричин заболевания. Самолечение истинной гинекомастии недопустимо, поскольку это приведет к еще большему гормональному дисбалансу. Молодым людям следует помнить, что явление гинекомастии в норме наблюдается 1-3 года, после чего обычно исчезает, так что лечения зачастую и не требует. Псевдогинекомастия обычно проходит сама в ходе лечения ожирения.

Больной обязан с определенной частотой проводить осмотр груди на предмет обнаружения подозрительных уплотнений. В случае, если будет найдена припухлость, не связанная с гинекомастией, требуется подстраховаться и пройти обследование у онколога.

Гипогонадизм мужской

Мужской гипогонадизм, или гипогенитализм, представляет собой функциональную недостаточность половых желез, которая может протекать в первичной или вторичной форме. Для каждой из них свойственно недоразвитие либо почти полное отсутствие вторичных половых признаков: волос на теле (в т. ч. в области гениталий), бороды и т. д.

Первичный гипогонадизм развивается при поражении семенников вследствие ЗППП или другой инфекции, травмы, крипторхизма и т. д. Вторичный гипогонадизм обусловлен дефицитом гонадотропинов, вырабатываемых гипофизом. Эти гормоны стимулируют семенники, поэтому функциональная недостаточность гипофиза провоцирует и снижение активности яичек.

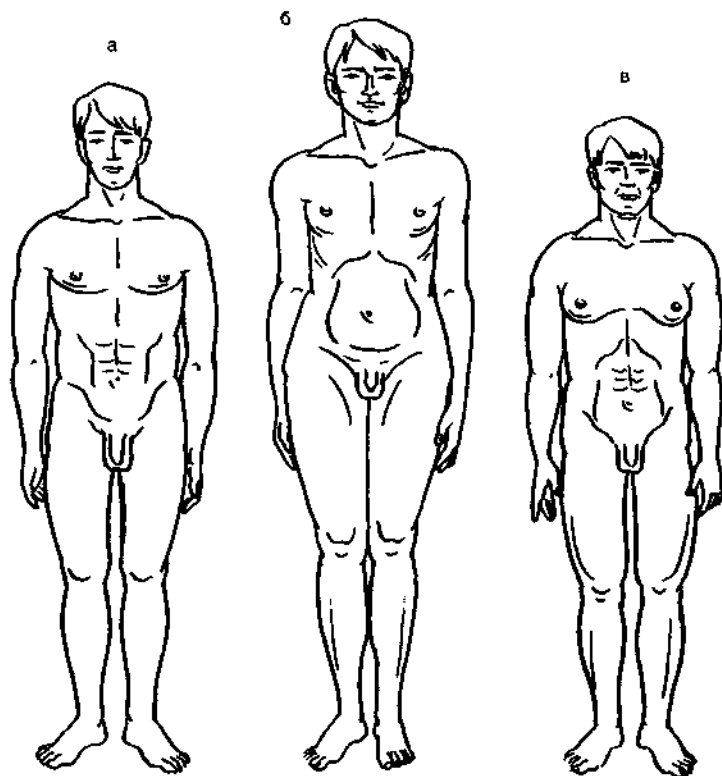


Рис. 29. Здоровый мужчина (а) и больные гипогонадизмом – частой (б) и редкой (в) формами

Дефицит гонадотропных гормонов подразделяется на врожденный и приобретенный. Врожденный проявляется в задержке полового созревания. Больные гипогонадизмом в этом случае отличаются высоким либо нормальным ростом и нарушением пропорций (длинные руки и ноги при коротком туловище). Таким мужчинам свойственны евнухоидальные черты, которые бывают выражены в разной степени.

Довольно редко нехватке гонадотропинов сопутствует дефицит гормона роста. В этом случае больной отличается маленьким ростом. В числе прочих признаков этой формы заболевания необходимо назвать гине-

комастию, незначительный объем яичек (до 4 мл максимум), полная или частичная утрата обоняния. На последний из указанных дефектов многие мужчины не жалуются, поскольку просто не замечают его. Известны редкие случаи, когда заболевание протекает с осложнениями в виде таких пороков развития, как крипторхизм, заячья губа, семейная мозжечковая атаксия, черепно-лицевая асимметрия.

Врожденный дефицит гонадотропинов в некоторых случаях приводит к развитию бесплодия. Сперматогенез протекает ненормально, в результате чего впоследствии отмечается снижение объема эякулята и низкая подвижность сперматозоидов (азооспермия). Для приобретенного дефицита этих гормонов бесплодие не свойственно, если заболевание находится на ранней стадии. Однако по мере прогрессирования болезни у мужчины может развиваться азооспермия.

Причиной приобретенного дефицита могут выступать любые повреждения, которые приводят к функциональному нарушению передней доли гипофиза, в частности по причине опухоли этой железы. Азооспермия в отсутствие лечения ведет к полной утрате эякулята. Признаками развития болезни выступают снижение либидо и потенции, а также (на более поздних стадиях) атрофия яичек.

Основной метод консервативного лечения гипогонадизма – гормонотерапия. Последствие дефицита гонадотропных гормонов может лечиться тестостероном, однако это ведет лишь к коррекции сексуальной функции: развитию вторичных половых признаков, восстановлению полового влечения и потенции, нормализации процесса семяизвержения. Репродуктивные способности тестостероном не восстанавливаются.

Положительный опыт применения гонадотропинов показал, что восстановление способности мужчины к оплодотворению женщины возможно с применением этой методики. Больному показаны инъекции хорионического гонадотропина по 1000 МЕ 2-3 раза в неделю. Курс инъекций длится 3 месяца, а полная программа лечения охватывает по времени срок поряд-

ка 2 лет - к тому времени в эякуляте появляются активные сперматозоиды. Возможно и более раннее достижение терапевтического эффекта, в т. ч. по завершении 4 месяцев лечения.

Оперативное лечение включает в себя трансплантацию донорского яичка в мошонку или под кожу брюшной стенки, а при крипторхизме - низведение яичка. В последнем случае детородная функция половой системы не восстанавливается, но может быть восстановлена ее секреторная функция. Кроме того, снижается риск злокачественного перерождения клеток не опустившегося из брюшной полости яичка.

В некоторых случаях, особенно при половом инфантилизме, отмечается недоразвитие полового члена (микропенис). В подобных случаях оперативное лечение гипогонадизма дополняется фаллопластикой по коррекции формы и размеров члена, благодаря чему больной получает возможность вести полноценную сексуальную жизнь.

Рак предстательной железы

Рак предстательной железы почти неизвестен у молодых мужчин, зато встречается все чаще и чаще у людей старше 60 лет. Примерно 25 % мужчин в возрасте 80 лет поражены этим заболеванием. Нередко рак сосуществует с аденомой простаты, т. е. доброкачественной опухолью этого органа. Причиной болезни считаются возрастные гормональные нарушения. Заболевание развивается в несколько этапов, что определяет изменения в его клинической картине.

Сначала рак, возникающий обычно из клеток задней поверхности железы, занимает ограниченную часть органа. Затем перерождению оказывается подвержена большая часть простаты. Вначале заболевание протекает, как правило, бессимптомно. Признаки его можно обнаружить в ходе ректального обследования.

На следующем этапе происходит деформация предстательной железы, которая сжимает уретру и оказывает давление на мочевой пузырь. Из-за этого больной

чаще мочится, но всегда тонкой и слабой струей. Мочу приходится выдавливать напряжением мышц живота и промежности.

В тяжелых случаях наблюдается частичная задержка мочеиспускания, при этом моча выводится по каплям. Вскоре опухоль прорастает в клетчатку вокруг семенных пузырьков и в мочевой пузырь, причем иногда сдавливает мочеточники. На этом этапе нередко появление крови в моче. При сдавливании мочеточников развиваются симптомы почечной недостаточности: землистый цвет кожи, сухость во рту, жажда, боли в области поясницы.

Когда опухоль выходит за пределы простаты, начинается процесс метастазирования в паховые лимфатические узлы, а позднее - в кости таза, позвоночник и ребра. Для данного этапа характерны боли в области таза, сильное исхудание, прогрессирующие явления анемичности. При подозрении рака простаты следует пройти радиоизотопное обследование, которое с наибольшей вероятностью распознает наличие злокачественной опухоли на самых ранних стадиях болезни.

Главный метод лечения - гормонотерапия, которая сводится к приему в повышенной дозировке препаратов на основе женских половых гормонов (эстрогенов): микрофоллина, синэстрола, фосфэстрола, хлортианизена, эстрадурина. Оказывается, мужские половые

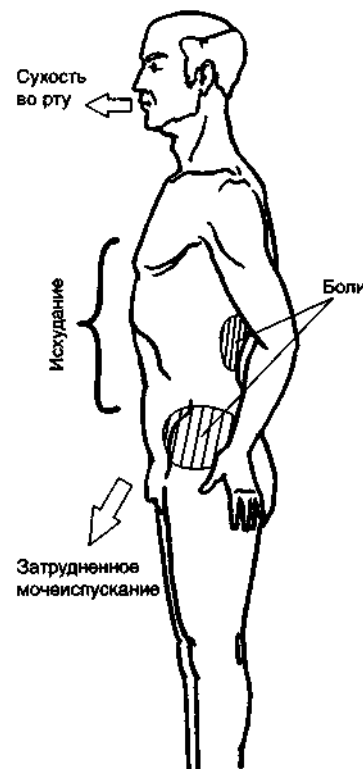


Рис. 30. Симптоматика рака простаты

гормоны (андрогены) приводят к усиленному росту опухолей, тогда как эстрогены обладают прямо противоположным действием.

Полный курс лечения включает в себя несколько малых курсов - ударных и поддерживающих. Поддерживающие курсы проводятся между ударными, чтобы организм мужчины «отдохнул» от препаратов, поскольку чересчур интенсивный прием эстрогенов вызовет сильный гормональный сдвиг и явления феминизации.

В случае острой задержки мочеиспускания или нарушения оттока мочи практикуется хирургическое вмешательство. В ходе операции выполняется удаление простаты, доступ к которой осуществляется путем иссечения мочевого пузыря или уретры.

Профилактика рака предстательной железы включает в себя помимо регулярных обследований (после 50 лет - ежегодных) прием витаминных комплексов с микроэлементом селеном и рациональное питание, включающее овощи и фрукты, богатые веществом ликопеном - противораковым фактором. К таким продуктам относятся арбузы, апельсины, и в первую очередь помидоры, которым ликопен придает красный цвет. Если мужчина ежедневно выпивает по стакану томатного сока, то риск заболеть раком простаты снижается примерно в 2 раза.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО МУЖСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Среди обменных нарушений типично мужским заболеванием, крайне редко встречающимся у женщин, следует назвать подагру. Она представляет собой хроническое нарушение пуринового обмена, которое сопровождается повышением уровня мочевой кислоты в крови с последующим отложением мочекислот натрия в хрящах, сосудах и других тканях. Заболевание возникает обычно в возрасте 30-50 лет, главное его проявление - подагрический артрит, который возникает при поражении суставов. Другим возможным проявлением подагры выступает нефросклероз в форме подагрически сморщенной почки.

Подагрический артрит

Подагра может возникнуть по многим причинам, в том числе из-за наследственной предрасположенности. Другие факторы представлены малоподвижным образом жизни и нерациональным питанием. Нерациональное питание предполагает чрезмерное потребление жирной пищи, а также мяса и рыбы (эти продукты насыщены пуриновыми основаниями), злоупотребление алкоголем.

Подагра начинается с приступа так называемого подагрического артрита, механизм возникновения и развития которого медицинской наукой окончательно не установлен. Известно, что острый приступ артрита происходит в силу асептического воспаления суставных тканей под влиянием уратных солей, поступающих в жидкость околосуставной сумки (синовиальную жидкость).

Спровоцировать приступ можно неумеренным приемом алкоголя или недостаточным питанием, в т. ч. при неправильно организованной голодной диете. Иногда провоцирующими факторами выступают значительные физические нагрузки, тяжелые травмы, неправильный или слишком длительный прием определенных медикаментов (лазикса, аспирина и т. д.).

Симптоматика приступа подагрического артрита включает в себя острейшие боли в области сустава. В 60 % случаев поражается плюснефаланговый сустав большого пальца ноги. Однако, кроме того, могут поражаться голеностопный, локтевой и лучезапястный суставы. Обычно приступ возникает на фоне моноартрита, когда болит только один сустав. И тем не менее нередко бывает так, что опухают несколько суставов - либо все одновременно, либо один за другим. Кожа вокруг пораженного сустава краснеет и сильно отекает.

Приступ сопровождается лихорадочным состоянием и общей слабостью. По прошествии 3-8 суток приступ стихает: острые явления исчезают, и артрит переходит в хроническую форму, которой свойственны периодические рецидивы.

Одновременно развивается стойкая деформация суставов с появлением тофусов - отложений солей в виде округлых узлов в ушных раковинах и околосуставных тканях. Особенно активно рост тофусов происходит в области локтевого сустава, где эти образования иногда достигают размера спелой сливы. Когда такой узел прорывается наружу, из него вытекает содержащая ураты белая жидкость. Наиболее частым осложнением подагрического артрита является бурсит, развивающийся вследствие отложения солей в околосуставной сумке.

Первая помощь во время острого приступа сводится к тому, чтобы обеспечить больному полный покой. Конечностям с больными суставами придают удобное положение. Допускается осторожная обработка пораженных мест болеутоляющими мазями, можно ставить на суставы компрессы с лекарственными средствами и сухое тепло. Однако если состояние от этого ухудшается, следует отказаться от такого лечения. В первые 1-2 дня полагается голодная диета при обильном щелочном питье (минеральные воды).

До 3 раз в день дается настойка безвременника по 20-30 капель. Из средств химиотерапии показаны индометацин и пиразолоновые препараты (бутадиион, реопирин). Индометацин принимается в первые несколько дней в максимальной дозировке: 200 мг в сутки - по 1 драже (25 мг) 4 раза в день. Возможен кратковременный прием средства в повышенной дозировке (до 6-8 раз в день), но о целесообразности этой меры судит врач. Пиразолоновые препараты принимаются по 1 таблетке 4-5 раз в день.

Максимальная доза указанных медикаментов принимается исключительно в первый день лечения, а затем на протяжении последующих 2-3 дней дозировка снижается. Окончательная дозировка, обеспечивающая лечебный эффект в рамках поддерживающей терапии, устанавливается врачом. Таблетки и драже обильно запиваются минеральной водой.

Диетическое питание в период хронического течения болезни требует полного исключения блюд, приго-

товленных из продуктов, насыщенных пуринами. К таким блюдам относятся мясные супы, жареные рыба и мясо, ливер в жареном и вареном виде (печень, почки), мозги, бутерброды и прочие закуски с икрой любых пород рыб.

Для удовлетворения потребности организма в животном белке допускается 1-2 раза в неделю в небольшом количестве съедать вареные мясо или рыбу. Оптимальное количество этих продуктов, которое можно съесть за один раз, - 1 г на 1 кг веса больного. То есть если мужчина весит 85 кг, то ему можно съедать не более 85 г мяса в тот день, когда это разрешено.

Кроме того, больному противопоказаны некоторые сорта овощных культур - цветная капуста, шпинат, щавель, редис и все бобовые (бобы, горох, фасоль, чечевица). Зато остальные овощи, а также фрукты и ягоды должны потребляться в значительном количестве. Между тем, несмотря на разнообразие разрешенных пищевых продуктов, калорийность диеты должна быть невысока, а у лиц, страдающих ожирением, - строго ограничена.

Из напитков рекомендуется полностью исключить крепкий чай (слабый чай можно изредка пить), кофе и алкоголь. Зато желательно как можно больше принимать щелочные минеральные воды - эссентуки, смирновскую, нарзан, боржоми. Впрочем, о применении минеральных вод лучше предварительно проконсультироваться с врачом, поскольку при серьезном нарушении работы почек чрезмерное потребление таких напитков спровоцирует приступ почечной колики. Очень полезны для подагрического больного молоко и молочные напитки. Питье должно быть обильным, за день надлежит выпивать не менее 2 л жидкости.

Обязательным является проведение разгрузочных дней 1-2 раза в месяц. Это овощные, фруктовые или смешанные овощно-фруктовые дни. Во время разгрузочного дня надо съесть 1,5-2 кг овощей (фруктов с ягодами) в свежем виде или в салатах. При этом употребляются плоды разных культур и сортов, однако могут проводиться разгрузочные дни, когда боль-

ной питается плодами одного вида (например, яблочные, огуречные, арбузные, виноградные и т. д.).

Полезны рисово-фруктовые разгрузочные дни, во время которых больному даются только сырые протертые либо печеные яблоки, яблочный компот (особо полезен компот из сушеных яблок и прочих сухофруктов) и рисовая молочная каша. Кашу следует есть 3 раза в день. На 1 порцию расходуется 25 г риса и 250 г молока. Рекомендуемое ежедневное количество фруктов - 200-250 г.

Отмечается положительный эффект от соленных ванн (1-2 раза в неделю), массажных сеансов, а также от применения грязевых и парафиновых аппликаций (в дни, свободные от ванн, - до 5 раз в неделю), облучений ультрафиолетовой лампой в целях снижения болевых ощущений и от лечебной гимнастики и трудотерапии для разработки суставов и нормализации двигательной активности.

Подагрически сморщенная почка

Нефросклероз возникает по причине дегенеративных процессов в артериолах почек и сопровождается недостаточностью почечной функции. Течение болезни длительное, в ходе которого патологические явления постепенно прогрессируют. В результате этих процессов больная почка деформируется, становится вторично сморщенной и функционально неполноценной.

Нефросклерозу сопутствует артериальная гипертензия, поэтому одним из ведущих симптомов заболевания выступает повышенное кровяное давление (200/100 мм рт. ст.). Кроме того, отмечаются нарушения мочевыделения. В тяжелых случаях, когда начинается уремическое отравление организма, лицо больного приобретает бледно-желтый цвет, отмечаются головокружение и тошнота. На заключительной стадии заболевания при злокачественном течении появляются симптомы хронического нефрита: отеки, гипертония, боли в сердце.

Поражению почки нередко сопутствует мочекаменная болезнь. В моче при этом обменном нарушении преобладают уратные соли. Их конкременты, образуясь в почках и продвигаясь в дальнейшем по мочевыводящим путям, приводят к таким осложнениям, как пиелит, пиелонефрит и капиллярный некроз (отмирание капилляров, оплетающих почечные канальцы).

При появлении темных пятен перед глазами и ухудшении зрения требуется обратиться к офтальмологу. Дело в том, что эти симптомы свидетельствуют о развитии такого типичного осложнения многих сосудистых заболеваний почек, как гипертоническая ретинопатия, т. е. поражение сосудов головы, питающих сетчатку глаза.

Перед назначением лечения требуется провести полное урологическое обследование, включая радиоизотопное, с целью установления функционального состояния верхних мочевых путей. Вторично сморщенную почку, если она перестала работать, рекомендуется удалить хирургическим путем. Консервативное лечение включает в себя физиотерапевтические процедуры, проводимые в стационаре, и сеансы гирудотерапии (лечения пиявками), которые можно проводить в домашних условиях. Пиявки ставятся на копчик и сосцевидный отросток за ухом.

Когда лабораторный анализ показывает высокий удельный вес мочи, больному назначается обильное питье (до 2,5 л в сутки или даже более). Щелочные напитки (минеральная вода) полезны, но принимаются ограниченно и по показаниям.

Диетический стол включает творог, яичный белок, овощи и фрукты (преимущественно в сыром виде), кроме противопоказанных при подагре. Животный белок употребляется в крайне ограниченном количестве, иногда только по 40 г 1-2 раза в неделю. По мере восстановления почечной функции и затухания подагрических явлений допустимо повысить потребление белка - по 0,5 г на 1 кг веса 2 раза в неделю. Соль исключается из рациона полностью. На поздней стадии лечения устраиваются фруктово-сахарные разгрузоч-

ные дни с обильным питьем сладких компотов. Однако в остальное время больному рекомендуется ограничивать себя в сладком, особенно при наличии лишнего веса.

Больному обязательно даются гипотензивные средства для регулирования артериального давления. Большое значение имеет режим суточной активности. В это время необходим полноценный отдых и восьмичасовой сон. Целесообразно периодически проводить под руководством врача кардиотоническое лечение, в т. ч. препаратами наперстянки. На этот период (а также во время упадка сердечной деятельности) потребление воды сокращается до 1-1,5 л в сутки.

При ретинальной ангиопатии допустимо принимать ножные и ручные ванночки с постоянным подогревом, при этом гипертоники не должны принимать ванночки перед сном. Температура воды должна быть умеренной, т. к. горячие ванночки при сосудистой патологии нежелательны, особенно когда отмечаются сердечные боли.

Помимо артрита и нефросклероза у больного подагрой часто могут наблюдаться поражения разных физиологических систем. Нервная система подвержена риску развития невралгий, невритов, мигрени. Кроме того, страдают глаза: в наиболее типичных случаях возможно развитие конъюнктивита, ирита и эписклерита. Болезни дыхательной системы чаще всего представлены бронхитами, бронхиальной астмой и пневмонией. Нередки при подагре и дисфункции органов пищеварения, проявляющиеся кишечными коликами, диспепсическими расстройствами и запорами (часто - на фоне увеличения печени).

ЗАБОЛЕВАНИЯ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ

Из-за существенных различий в гормональном фоне между мужчинами и женщинами многие заболевания органов эндокринной системы протекают у представителей сильной половины человечества по-особому. Лечение желез внутренней секреции основано на использовании прописанных врачом медикаментов, которые

регулируют баланс гормонов. Однако режим дня, диета и некоторые домашние средства также имеют немалое терапевтическое значение. Поэтому ведение такого больного в домашних условиях требует повышенного внимания.

Базедова болезнь

Это заболевание имеет несколько названий - болезнь Флаяни, болезнь Парри, болезнь Грейвса, базедова болезнь. Научным, принятым в современной медицине, является наименование «диффузный токсический (или тиреотоксический) зоб». У женщин он встречается в 3-4 раза чаще, чем у мужчин. При базедовой болезни происходит равномерное увеличение щитовидной железы, которая начинает вырабатывать тиреоидные гормоны в избыточном количестве. Повышение содержания в крови этих веществ негативно сказывается на состоянии организма, во многих органах и тканях происходят патологические изменения.

Первоначально, на протяжении многих месяцев и даже лет, тиреотоксический зоб почти ничем себя не выдает. Крайне редко он развивается быстро, с внезапным проявлением всех симптомов. Больному доставляет много неприятностей учащенное сердцебиение, потливость, дрожание рук. Он жалуется на повышенную утомляемость и мышечную слабость (в первую очередь это касается мускулатуры рук и плечевого пояса).

Мужчина становится раздражительным и рассеянным. Масса тела заметно снижается, хотя аппетит не пропадает, а иногда даже повышается. Нередки случаи роста груди по женскому типу, т.е. гинекомастии (см. выше), которая проходит в процессе лечения тиреотоксического зоба. В пожилом возрасте отмечается поражение костей в форме остеопороза. Иногда возможно учащенное сердцебиение (тахикардия), но у мужчин такое течение базедовой болезни почти неизвестно.

Кожные покровы истончаются, делаются влажными. При тяжелом течении кожа покрывается пигмент-

ными пятнами в области век, ануса и половых органов, а также в тех местах, где она натирается неудобной одеждой. Волосы истончаются и делаются ломкими, они легко выпадают. Очень редко (только у 3 % больных) встречается такая патология кожи, как претибиальная микседема. Пораженной областью является передняя и боковая поверхность голени. Кожа здесь становится отечной, красной и шероховатой («свиная кожа»).

Для тиреотоксического зоба характерен ряд глазных симптомов, в первую очередь экзофтальм (пучеглазие), который редок у женщин. Следует также назвать расширение глазных щелей, блеск глаз, светобоязнь, редкое мигание. Мужчина жалуется на «ощущение песка», давление и боль в глазах, а также слезотечение. Нередко у больного двоится в глазах.

Щитовидная железа поначалу не обнаруживается при самоосмотре (I степень увеличения). Затем она ощущается при глотании, однако остается не видна (II степень). По мере прогрессирования зоба железа становится заметна, особенно при глотании: она немного изменяет форму шеи (III степень). Затем образуется так называемый большой зоб (IV степень) и очень большой зоб (V степень), при которых форма шеи резко изменяется, в частности, щитовидная железа частично

или целиком опускается вниз, проникая за грудину.

Лечение диффузного токсического зоба проводится с помощью тиреостатиков, радиоактивного йода либо операции.

Выбор способа борьбы с базедовой болезнью зависит от особенностей ее течения. Основной вид тиреостатиков - мерказолил, который принимают по 30-60 мг в день. Наряду с тиреостатическими препаратами обязательно ис-



Рис. 31. Вид больного при тиреотоксическом зобе

пользуются витамины А, С и (в несколько меньшей степени) витамины группы В, которые не отменяются до конца лечения. Йод нужен в случае протекания базедовой болезни в легкой форме. Показаниями к хирургическому вмешательству служат зоб IV-V степени, рецидивы после полугодового лечения тиреостатиками и некоторые другие случаи.

Больному необходим полный физический и эмоциональный покой. Снятие раздражительности возможно при использовании препаратов валерианы. Очень полезны прогулки на свежем воздухе, но непременно в тени - прямой солнечный свет в это время вреден. Успокаивающе действуют прохладные ванны, хвойно-соляные ванны, обливания, влажные укутывания. Лечение в приморских санаториях, особенно в теплый сезон, строго противопоказано. Меню больного тиреотоксическим зобом включает много овощей, фруктов и ягод. Противопоказаны спиртные напитки, а потребление чая, кофе и какао резко ограничено.

При правильно подобранном лечении явления отравления гормонами исчезают спустя примерно 2 недели, о чем свидетельствует прибавка больного в весе. На 3-й неделе становится нормальным пульс (если до этого наблюдалась тахикардия). Иногда снижается функция щитовидной железы, тогда по решению врача уменьшается дозировка тиреостатика или на несколько дней полностью прекращается прием препарата.

Фитотерапия эндокринных и онкологических заболеваний

Лекарственные растения давно зарекомендовали себя как средство борьбы с различными эндокринными заболеваниями, а также с доброкачественными и даже злокачественными опухолями желез внутренней секреции (в особенности половых). Методы фитотерапии допустимо использовать в качестве добавочных наряду с остальными, широко применяемыми официальной медициной.

При подагре применяются лекарственные растения, способствующие выделению мочевой кислоты и отделению мочевых камней, обладающие диуретическим и спазмолитическим действием, а также нормализующие обмен веществ, - брусника, зверобой, ромашка аптечная и некоторые другие. Во время приступа подагрического артрита принимают отвар, приготовленный из противовоспалительного сбора.

Настой листьев брусники

1 ст. ложку листьев брусники залить 1 стаканом кипятка и настаивать 15 мин. Если используется брикет брусничных листьев: 1 дольку брикета залить 1 стаканом кипятка и настаивать 30 мин. Готовый настой процедить и принимать по 1 ст. ложке 3-4 раза в день. Длительность курса зависит от показаний.

Настой на основе зверобоя

Взять по 1 ст. ложке травы зверобоя продырявленного, липового цвета, цветков ромашки аптечной, цветков бузины черной, залить 1 л кипятка и настаивать 15 мин. Пить по 2 стакана в день. Длительность курса зависит от показаний.

Противовоспалительный сбор

Взять по 1 ст. ложке листьев березы, травы хвоща полевого и коры ивы, по 2 ч. ложки цветков бузины черной и листьев крапивы двудомной, по 1 ч. ложке цветков василька синего, шишкоягод можжевельника, коры крушины, цветков календулы и цветков пиона, залить 1,5 л воды, поставить на огонь и довести до кипения. Готовый отвар снять с огня, процедить и принимать горячим по 1 стакану каждые 2 ч. Длительность курса - 6-8 дней.

При базедовой болезни использование фитопрепаратов нацелено, во-первых, на коррекцию электролитного и витаминного обмена (для этой цели используется шиповник), а во-вторых, на нормализацию сердечной деятельности и снижение нервного возбуждения (боярышник).

Настой плодов шиповника коричневого

3-4 ст. ложки плодов шиповника залить 1 л кипятка и выдерживать в течение 20-30 мин. Полученный

настой принимать внутрь по 1/3 стакана 2-3 раза в день. Длительность курса зависит от показаний.

Настой плодов боярышника кроваво-красного

2 ст. ложки плодов боярышника залить 3 стаканами кипятка и настаивать в течение 20-25 мин. Готовое средство принимать внутрь по 1/3 стакана 3-4 раза в день. Длительность курса зависит от показаний.

Допустимо также использовать жидкий экстракт плодов боярышника, принимаемый по 20-30 капель 3-4 раза в день до еды, либо настойку этого препарата, принимаемую по 20 капель 3 раза в день. Длительность курса зависит от показаний.

Опухоли половых желез прекращают свой рост и даже иногда разрушаются под воздействием веществ, содержащихся в определенных лекарственных растениях. При аденоме предстательной железы показаны средства, включающие окопник, пырей, пустырник, боярышник и некоторые другие.

Настой корней окопника лекарственного

2 ч. ложки корней окопника залить 2 стаканами кипятка, настоять в теплом месте 50-60 мин и принимать после процеживания по 1 стакану 3 раза в день. Длительность курса составляет 1 месяц.

Сбор для рассасывания аденомы

По 1 части корня петрушки, цветков боярышника, корня пырея и цветков пустырника сыпать в одну емкость, перемешать. Взять 2 ч. ложки смеси и заварить 0,5 л кипятка. Настаивать в теплом месте 12 ч, затем процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день до еды. Длительность курса - 1 месяц.

Сдерживать рост рака кожи мошонки и пениса можно благодаря использованию настойки почек березы белой или березы бородавчатой. Существует мнение, что почки березы в этом фитопрепарате с равным успехом могут заменять ее молодые листья.

Настойка почек березы

1 часть березовых почек залить 5 частями медицинского спирта (70% -ного или лучше 90% -ного) и настаивать 4-5 дней. Готовое средство процедить. Использовать наружно для обработки пораженных участков кожи.

Метастазные боли и судороги при разных видах и формах рака купируются настоем травы болиголова пятнистого. Болиголов очень ядовит, поэтому готовить его нужно с большой осторожностью: в отдельной посуде, брать в руки только предварительно надев медицинские перчатки.

Настой травы болиголова пятнистого

3 ст. ложки травы болиголова залить 0,5 л кипятка, настоять 24 ч и процедить. Готовое средство дозировать с помощью пипетки, добавляя по каплям в воду, взятую в количестве 1/2 стакана. На протяжении первых 40 дней курса дозировка ежедневно возрастает на 1 каплю. В первый день добавить в воду 1 каплю, на следующий - 2 и так довести до 40 капель. С 41-го дня дозировку снижать с 40 капель до 1. С 81-го дня дозировка снова увеличивается, а с 121-го - снижается. Полный курс лечения длится 160 дней.

Необходимо отметить, что настой болиголова является эффективным оружием против онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Лечение опухолей кишечника проводить сравнительно проще, поскольку активные вещества лекарственных растений воздействуют напрямую на клетки слизистой оболочки кишок, чего не происходит в ходе лечения органов мочеполовой системы.

Предупреждение озлокачивания клеток в области язвы желудка затруднено, поскольку его стенки постоянно подвергаются воздействию кислоты и ферментов. Вот почему особенно важно использовать все доступные средства для нормализации состояния слизистой оболочки этого органа, включая и растительные препараты.

Сбор для лечения язвенной болезни желудка

По 1 ст. ложке корня алтея, корня солодки, корня окопника и 1 ч. ложку травы чистотела залить 0,8 л воды и довести до кипения. Полученный отвар после процеживания принимать по 2-3 стакана в день до еды. Длительность курса составляет 3-4 недели.

КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ

Мужская кожа существенно отличается от женской, по сравнению с которой страдает такими недостатками, как слабость мелких сосудов, чрезмерное потоотделение и повышенная функция сальных желез (а это означает, что кожа жирная). Кроме того, она почти в 2 раза толще, отчего возрастные изменения проявляются более резко и отчетливо. Этим объясняются многочисленные различия между мужскими и женскими дерматологическими заболеваниями.

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО МУЖСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Из кожных болезней особенно широко распространены разнообразные грибковые заболевания - микозы, которые вызываются более чем 400 видами микроскопических живых существ, относимых биологами к царству грибов. Течение микозов одинаково у мужчин и у женщин, однако при поражении гениталий, естественно, наблюдаются определенные различия. Кожу поражают разнообразные вирусы, приводящие к образованию бородавок. Вирусные инфекции кожи мужских гениталий обладают определенной спецификой и лечатся не так, как у женщин. Известны и некоторые другие поражения кожи, которые у женщин не отмечаются.

Кандидозный баланопостит

Чаще всего половые органы мужчины оказываются заражены грибом кандида белая или его ближайшими сородичами, поэтому возникающие в результате заболевания носят название кандидозного баланита, кандидозного постита и кандидозного уретрита. В совокупности эти болезни рассматриваются как частные случаи *мочеполового кандидомикоза (кандидоза)*.

Это заболевание у мужчин имеет две основные формы - кандидозный баланопостит и кандидозный уретрит. Первая встречается чаще, причем иногда грибковая инфекция поражает только головку или только крайнюю плоть, что позволяет выделять кандидозный баланит и кандидозный постит.

Грибки кандиды постоянно существуют в организме человека, куда проникают еще в родовых путях матери. При снижении иммунитета грибки приобретают патогенную активность. Заражение кандидозом возможно при половом сношении или просто при тесном кожном контакте с женщиной. Дело в том, что женщины тоже болеют мочеполовым кандидамикозом, который принимает у них форму кандидозного вульвита (воспаления половых губ) или кандидозного вагинита (воспаления влагалища). Нередки случаи смешанного поражения полового тракта, носящие название кандидозного вульвовагинита.

К слову, партнерша необязательно должна быть больна кандидозом, чтобы произошло заражение. Она может выступать в роли пассивной носительницы грибка, который становится опасным (патогенным) уже после передачи мужчине.

Мочеполовой кандидамикоз нередко протекает бессимптомно, к развитию воспалительного процесса он приводит не всегда. Максимальному риску заболеть баланопоститом подвержены лица, страдающие сахарным диабетом, поскольку богатые сахаром остатки мочи в складках гениталий у таких больных служат благоприятной питательной средой для грибов. Если все же развилось воспаление, то первыми симптомами обычно являются зуд и жжение кожи

пениса. В дальнейшем отмечаются боли в пораженной области.

Спустя некоторое время отмечается появление специфического белого налета на головке. По цвету он напоминает молоко, отчего данное заболевание по-другому называется молочницей. Иногда налет наблюдается уже на ранних стадиях заболевания. Он имеет вид тонкой пленочки, которая от трения сворачивается в комочки, напоминающие творожные сгустки. Эти комочки легко удаляются с обнаженной головки во время мытья.

Мочеполовому кандидозу могут сопутствовать и другие формы этого заболевания, в первую очередь общее поражение кожи. Оно выражается в появлении на коже рыжеватых или розоватых пятен размером с однокопеечную или (реже) пятикопеечную монетку. Эти пятна представляют собой колонии грибка. Они обычно локализуются на туловище - в подмышечных впадинах, на надплечьях, внизу живота, в паху.

Нередко высыпания отмечаются на внутренней поверхности бедер. Впрочем, если мужчина не страдает поражением гениталий, то пятна на ногах почти никогда не возникают (изредка возможны в области сгиба коленного сустава). Исключением является грибок, поражающий кожные складки между пальцами ног, но это заболевание обычно протекает как самостоятельное, т. е. оно необязательно бывает спровоцировано общей грибковой инфекцией.

Иногда наблюдаются высыпания пятен на плечевой части рук со стороны, обращенной к туловищу. При прогрессировании болезни пятна возникают на предплечьях и кистях рук.

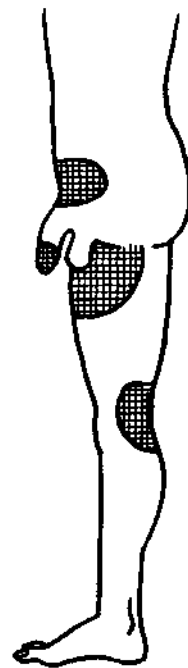


Рис. 32. Пораженные области при мочеполовом кандидамикозе и сопутствующих микозах

Действенным средством против кандидамикоза является такой препарат, как клотримазол. Он выпускается в нескольких формах, удобных для обработки гениталий: мази (канестен, клотримазол-агри), раствор для протирания пораженных участков, аэрозоль. Для внутреннего применения предназначаются таблетки дифлюкам, другое название которых - флюканазол. Однако перед их использованием желательно проконсультироваться у дерматолога.

В профилактических целях рекомендуется использовать леворин или нистатин, которые принимают в течение длительного курса лечения антибиотиками, способными спровоцировать вспышку активности патогенных грибов.

Половые бородавки

Науке известно порядка 60 разновидностей так называемых папилломовирусов, приводящих к появлению половых (генитальных) бородавок. Эти вирусы могут пребывать в организме мужчины с самого рождения (если была инфицирована его мать) или могут передаваться ему от половой партнерши. Установить источник заражения невозможно, поскольку заболевание в течение длительного времени протекает в скрытой форме. Исследования показывают, что скрытыми носителями вируса могут оказаться почти 30 % населения.

Из 60 типов папилломовирусов безвредны для человека типы, значащиеся под номерами 6, 11, 42, 43 и 44. Однако отличить их от прочих возбудителей этой инфекции по каким-либо симптомам невозможно, для этой цели требуется проводить сложное микробиологическое исследование. Остальные же типы папилломовирусов чрезвычайно агрессивны, особенно номера 16, 18, 31, 33 и 35. Бородавки, возникающие вследствие заражения этими типами вирусов, могут переродиться в злокачественные опухоли.

Папилломовирусы малоактивны, они способны интенсивно поражать все новые и новые клетки лишь

при условии, что организм человека ослаблен стрессами, физическими нагрузками и такими инфекционными заболеваниями, как в первую очередь грипп, ОРВИ и половые инфекции, протекающие в форме баланопостита или уретрита (см. главу 2). В последнем случае рост бородавок обычно отмечается на фоне хламидиоза, трихомоноза или микоплазмоза.

Первыми признаками папилломовирусной инфекции являются ощущения зуда и жжения в коже пениса во время сексуального контакта или сразу после него. Эти ощущения вскоре проходят, причем зуд исчезает быстрее. Никаких смягчающих и снимающих раздражение средств применять обычно не приходится.

Как правило, зуд и жжение локализованы в области головки полового члена и венечной борозды. Здесь спустя несколько дней или недель вырастают остроконечные генитальные бородавки - кондиломы, или папилломы. Они часто имеют форму конусов или узелков, на которых иногда отмечаются дополнительные наросты. Окраска почти всегда светлая, телесного цвета, но бывает и розовая, красноватая, даже пурпурная. В некоторых случаях кондиломы поражают не только головку пениса, но и мочеиспускательный канал.

Если вирусная инфекция при несоблюдении правил личной гигиены попала из гениталий в прямую кишку, то вполне возможно разрастание крупных бородавок в виде узлов вокруг ануса (перианальные кондиломы). Отсюда они распространяются на промежность, внутреннюю поверхность бедер и ягодицы.

В случае активного разрастания на гениталиях и соседних областях кондиломы становятся еще и серьезным косметическим дефектом, который мешает посещать пляжи, сауны и т. д. Наиболее типичным осложнением запущенной папилломовирусной инфекции принято считать рак полового члена (см. главу 3).

При папилломовирусной инфекции лечение направлено обычно на борьбу с основным инфекционным заболеванием, которое спровоцировало активность папилломовирусов, а также на усиление иммунной системы. Защитные силы организма повышаются путем

закаливающих процедур, соблюдения режима труда и отдыха, следования правилам психогиgiene и стресс-менеджмента, применения витаминотерапии. Полноценный сон и рациональное, сбалансированное питание помогают противостоять любым вирусам.

Удаление генитальных бородавок по косметическим причинам или в целях профилактики рака осуществляется путем прижигания. Для этой цели прежде использовался специальный препарат солкодерм, а в настоящее время все чаще применяется лазер. Средствами, которые воздействовали бы непосредственно на папилломовирусы, современная медицина не располагает. Вирусы, попадая в организм человека, остаются там навсегда. Поэтому большое значение для лиц, прошедших курс лечения папилломовирусной инфекции, имеет вторичная профилактика. Предупредить обострения позволяет личная гигиена, коррекция иммунитета и гигиена половой жизни.

Атерома кожи мошонки

Атерома представляет собой кисту, возникающую вследствие закупорки протока сальной железы. Такая киста состоит из тонкой белой стенки и капсулы, сформированной плотной соединительной тканью. Атеромы часто возникают у лиц пожилого возраста. Помимо мошонки сходные образования могут отмечаться в других местах скопления сальных желез (особенно на голове, шее и спине).

При осмотре мошонки кисту выдает ее болезненность и подвижность относительно подлежащих тканей. Относительно кожи атерома неподвижна, но крепко спаяна с ней. Верхушка атеромы, выглядывающая из устья сальной железы, видна как головка черного угря (комедона). Киста имеет округлую форму, она эластична. Кожа вокруг атеромы слегка припухшая.

Опухоль растет очень медленно. Нередко она воспаляется, и в таком случае болевые ощущения усиливаются и становятся постоянными. Кожа мошонки ста-

новится более припухлой, отечной и покрасневшей. В этом месте обычно развивается подкожный абсцесс, который вскрывается в результате истончения и гнойного расплавления кожи в очаге поражения. Самостоятельное вскрытие гнойника приводит к образованию длительно не заживающего свища. Нередко вместе с гноем через свищ выделяется содержимое атеромы или даже вся опухоль целиком, т. е. вместе с капсулой.

Лечение всегда хирургическое, заключающееся в вылушении атеромы с полным удалением ее стенки. Если нагноившаяся атерома прорвалась, что привело к образованию гнойника, то показано его раскрытие оперативным путем. В домашних условиях больной может осуществлять общегигиенический и послеоперационный уход за кожей мошонки при помощи народных средств, нормализующих состояние и работу сальных желез.

Такие народные средства представлены настоями, отварами и прочими лекарственными формами, получаемыми из растительного сырья, содержащего биологически активные вещества. К лекарственным растениям, рекомендуемым для этих целей, относятся в первую очередь пион уклоняющийся, первоцвет весенний и полынь горькая. Использовать эти средства во время острого воспаления и гнойного процесса воспрещается. Прежде чем приступать к фитотерапии, необходимо проконсультироваться по этому вопросу с врачом-дерматологом.

Отвар корней пиона уклоняющегося

2 ст. ложки корней пиона залить 2 чайными стаканами (0,5 л) воды и довести до кипения. Затем дать остыть, процедить и использовать для примочек.

Отвар корней первоцвета весеннего

2 ст. ложки корней первоцвета залить 1 чайным стаканом (250 мл) воды и вскипятить, после чего отвар процедить и применять для протирания кожи.

Отвар травы первоцвета весеннего

1 ст. ложку травы первоцвета залить 1 граненым стаканом (200 мл) воды, вскипятить и процедить. Го-

товое средство использовать для подмывания или добавлять в ванну.

Настой травы полыни горькой

2 ст. ложки травы полыни залить 300 мл кипятка и настаивать 25—30 мин. Полученный настой использовать для приготовления компрессов и примочек.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО МУЖСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Поскольку мужская кожа некоторыми свойствами значительно отличается от женской, довольно многие дерматологические заболевания не только протекают у мужчин иначе, но и встречаются гораздо чаще, чем у женщин. Некоторые из них неопасны и лишь иногда создают косметологические проблемы. Другие же, являющиеся инфекционными, сопряжены с тяжелыми осложнениями и поэтому требуют длительного и тщательного лечения.

Туберкулез кожи бородавчатый

Заболевание является одной из форм истинного туберкулеза кожи. Бородавчатый туберкулез развивается в результате попадания в кожу возбудителей инфекции (палочек Коха). Бактерии обычно передаются от зараженных животных или проникают при загрязнении кожи собственной мокротой туберкулезного больного. У детей и женщин болезнь почти неизвестна.

Признаком инфекции служит круглая бляшка, которая на раннем этапе напоминает гладкий и плоский узелок синевато-красного цвета, плотный на ощупь. Этот узелок окружает красный венчик (кольцевидная область воспалительного инфильтрата), который позволяет отличить будущую бляшку от бородавки.

Чаще всего образование возникает на тыльной поверхности кистей, тыльной и боковой поверхностях большого и указательного пальцев (крайне редко - мизинцев), на лодыжках. Такие узелки можно спутать с высыпаниями при волчанке, однако для последней не свойственно появление новых элементов сыпи.

К новым элементам при туберкулезе относятся роговые наслоения, которые склонны разрастаться. Узелки со временем сливаются с роговыми массами и превращаются в плотные бляшки, покрытые сухими наростами желтовато-коричневого цвета в виде острых, шиповатых бородавок.

Поверхность такой бляшки испещрена бороздками, из которых при надавливании может выделяться в небольших количествах гной. Бляшку окружает синевато-красный венчик. Количество бляшек обычно невелико, причем они часто сливаются в одну. Во многих случаях изначально образуется только одна бляшка.

Лечение часто хирургическое, заключающееся в глубоком иссечении очага инфекции. Профилактика сводится к осторожному обращению с больными животными и тщательному соблюдению личной гигиены во время болезни туберкулезом.

Дерматит герпетиформный

Герпетиформным дерматитом, или дерматитом Дюринга, называется воспалительное заболевание кожи вирусного происхождения. Для этой болезни, которая начинается еще в детском возрасте, характерны высыпания, сходные с таковыми при герпесе. Эти высыпания могут быть локализованы на разных участках кожи, при этом в пораженных местах ощущаются зуд, жжение, покалывание.

Сыпь на коже взрослого человека включает в себя много различных элементов, т. е. является полиморфной. К ним относятся пузырьки, волдыри, папулы, пятна. Элементы сыпи обычно тесно сгруппированы, в т. ч. пузырьки нередко оказываются на поверхности пятен.

Пузырьки принимают разную форму, они обычно плотные, но могут быть и вялыми. Волдыри при герпетиформном дерматите напоминают по виду волдыри от ожога крапивой. Папулы представляют собой прыщевидные узелки. Пятна напоминают кружочки, полу-круги или колечки; иногда с зубчатыми краями.

У детей известны случаи мономорфной сыпи, т. е. состоящей из одного элемента, а именно из пузырьков. У взрослых такое течение болезни неизвестно, однако на определенной стадии заболевания сыпь может быть мономорфной. Высыпаниям на коже у отдельных больных сопутствуют эрозии и сыпь в виде пузырей на слизистой оболочке рта.

Течение заболевания длительное, в отсутствие должного лечения растягивается на десятки лет. Общее состояние мужчины остается удовлетворительным. Известны случаи, когда заболевание проходит самостоятельно спустя несколько лет с момента появления. Но известно и то, что дерматит может принять тяжелое течение, которое характеризуется недомоганием и другими явлениями.

Точно диагностировать в домашних условиях герпетический дерматит позволяет йодистая проба. Она проводится двумя способами. Во-первых, больной готовит 2%-ный раствор йодистого калия (1/2 ч. ложки на 1 чайный стакан воды) и выпивает 3 ст. ложки. Во-вторых, больной тщательно смешивает йодистый калий с вазелином в соотношении 1:1. Полученная мазь идет на приготовление компресса, который ненадолго накладывают на кожу в области одного из очагов.

Реакцией организма на йод будет появление новых пузырей. Желательно использовать мажевый компресс для проведения йодистой пробы, поскольку в этом случае обострение патологического процесса будет отмечено только в одном из очагов высыпаний.

Лечение герпетического дерматита обычно проводится амбулаторно специалистом, в домашних условиях показана эффективная при большинстве вирусных инфекций общеукрепляющая терапия. Она включает в себя различные методики повышения защитных сил организма.

В частности, укрепляют иммунную систему регулярные занятия физкультурой, витаминотерапия (витаминные комплексы), прием энергетических добавок и т. д. Если нет возражений врача, то очаги поражения можно на протяжении 10 дней обрабатывать стрепто-

цидом или порошком другого сульфаниламидного препарата. На какое-то время воспалительные явления на коже станут слабее выражены.

Фурункул

Фурункул, или чирей, представляет собой гнойно-некротическое поражение волосяного пузырька (фолликула), развившееся из воспаления, которое было вызвано стафилококковой инфекцией. Места локализации фурункулов могут быть различны, кроме ладоней и подошв. Однако определенные участки кожи поражаются наиболее часто. Сюда относятся задняя поверхность шеи, поясница, кисти рук, предплечья, бедра. Несколько менее часто фурункулы возникают на лице, где они локализуются в носу и носогубных складках.

Если на коже имеется 1-3 таких образования, то принято говорить о фурункуле. Если таких образований много и они формируют высыпания, занимающие какой-то участок кожи, то говорят о фурункулезе.

Образованию фурункула предшествует остиофолликулит, при котором на месте воспаленного фолликула возникает небольшой плотный прыщик или узелок красноватого цвета. Впоследствии ткань вокруг этого уплотнения краснеет, оно увеличивается вширь и вглубь. Кожа в этой области отекает.

По мере созревания фурункула происходит усиление боли в пораженной области, здесь отмечается жжение. Зрелый фурункул имеет вид плотного темно-красного узла, значительно возвышающегося над кожей и покрытого в верхней части корочкой. Иногда вместо корочки может быть гнойник. Кожа вокруг фурункула сильно отечная. Зрелый узел является крайне болезненным.

На следующей стадии заболевания происходит вскрытие фурункула с выделением небольшого количества гноя и стержня. Этот стержень образован некротической массой, которая сформирована из погибших клеток. После выделения стержня на месте фурункула

образуется язвочка, какое-то время источающая гной, а затем заполняющаяся грануляциями (красноватыми «зернами», сформированными капиллярами) и заживающей с возникновением рубца.

Длительность образования и созревания фурункула зависит от индивидуальных особенностей больного и от локализации гнойного очага. Обычно этот срок колеблется от 1 до 2 недель.

Осложнением фурункула (фурункулеза) является рассеивание стафилококков из области поражения, что приводит к распространению гнойной инфекции в другие ткани. Наиболее опасными считаются фурункулы лица, которые могут спровоцировать сепсис или воспалительный процесс мозговых оболочек - менингит.

На раннем этапе лечение сводится к обработке кожи вокруг узелка или их скопления порошком стрептоцида, камфорным маслом, спиртом, мазями на основе антибиотика (эритромициновой, тетрациклиновой и т. д.) и другими препаратами, прописанными врачом. Процедура проводится 2 раза в день.

Чтобы ускорить вскрытие фурункула, можно ставить на пораженную область компрессы из чистого ихтиола (на стадии остиофолликулита) или из 10-20% -ного раствора ихтиола (на стадии созревания). Ихтиол также способствует уменьшению болевых ощущений. Больному показана витаминотерапия, в первую очередь прием аскорбиновой кислоты в количестве 1-2 драже (таблеток) 3 раза в день.

Самостоятельное выдавливание гноя и стержня из фурункула недопустимо, поскольку это неизбежно приведет к рассеиванию стрептококков. Стержень удаляется врачом-дерматологом только после вскрытия фурункула, причем в тот момент, когда произошло полное отделение некротической массы от окружающего ее инфильтрата. В противном случае (при раннем удалении) часть стержня останется в ранке, и это опять приведет к рассеиванию патогенных бактерий со всеми сопутствующими осложнениями.

Профилактика образования фурункулов состоит в правильном и регулярном уходе за кожей, а также в

обработке мелких травм. Мужчина, перенесший фурункулез, чутко реагирует на резкое похолодание, которое может спровоцировать рецидивы заболевания. Поэтому по завершении теплого сезона нужно заранее позаботиться об одежде на последующие холодные месяцы.

Бородавки юношеские

Это заразное заболевание вызывается фильтрующим вирусом. Возникновению бородавок способствуют такие факторы, как травматическое поражение, повышенная влажность кожи и снижение сопротивляемости организма. Заболевание более характерно для мальчиков и юношей.

Юношеские бородавки отличаются незначительными размерами. Они едва возвышаются над поверхностью кожи, отчего называются еще плоскими. По форме они округлые или угловатые. Пигментация бородавок слабая (желтоватые, коричневатые), часто они имеют телесную окраску. Обычно юношеские бородавки локализованы на кистях рук, могут вырастать на коже лица.

Лечения данное заболевание не требует, если только бородавка (и особенно множественные бородавки) не является косметическим дефектом. В последнем случае необходимо посоветоваться с дерматологом или косметологом на предмет удаления этого образования. Самостоятельно можно применять безвредные народные средства по «выведению бородавок», действительно иногда помогающие. Эти средства - лекарственные растения, обладающие способностью нормализовать состояние кожи.

В первую очередь необходимо назвать яблоню, дикую или домашнюю, сорта «антоновка». Яблоко с такой яблони нужно разрезать пополам и тереть бородавку местом среза в течение 1-2 мин. Процедура проводится 6 раз в день на протяжении 1 месяца. Пригоден для наружного применения и сок, отжатый из свежей травы чистотела большого. Им полагается ежедневно

обрабатывать бородавки до тех пор, пока они полностью не исчезнут. Из чистотела можно готовить настой, тоже полезный при бородавках.

Настой чистотела большого

1 ст. ложку травы чистотела залить 2 чайными стаканами (0,5 л) кипятка и выдерживать 20 мин. Готовое средство процедить и принимать внутрь по 1/2 стакана 4 раза в день до еды.

Облысение

Облысение принимает две основные формы - гнездой плешивости и себорейного облысения. Обе формы встречаются преимущественно у мужчин, у женщин они (особенно себорейное облысение) почти неизвестны. У женщин облысение протекает, как правило, в форме алопеции с диффузным выпадением волос.

Признаками гнездой плешивости являются почти полное выпадение волос на небольшом округлом участке головы (реже - бороды), которое наступает очень быстро, почти внезапно. Величина образующихся плешин - от чечевицы до пятирублевой монетки, иногда больше.

Однако по мере развития заболевания размеры плешин обычно увеличиваются, так что лишённые волос участки постепенно сливаются и образуют большие зоны облысения. Слияние участков и полное или почти полное отсутствие волос на плешинках позволяет отличить гнездную плешивость от сифилитической (для дополнительной подстраховки целесообразно сделать анализ крови на реакцию Вассермана).

Кожа на этих участках имеет здоровый вид. Когда заболевание прогрессирует, может отмечаться параллельное выпадение бровей, ресниц, волос в подмышечной области и на лобке. В тяжелых случаях наблюдаются дегенеративные изменения ногтей пластинок. Течение болезни очень длительное. В некоторых случаях, когда имеется одна или мало плешин небольшого размера, возможно самоизлечение. При этом иногда в пораженной области наблюдается рост седых волос.

Себорейное облысение вызывается нарушением функциональных связей между гипофизом и семенниками, а также, возможно, другими причинами, которые окончательно еще медициной не выяснены. Предположительно, существует наследственная предрасположенность к заболеванию. Начинается процесс облысения обычно в возрасте 20-30 лет. Этот процесс усиливают неблагоприятные факторы окружающей среды, нерациональное питание, неправильный уход и частое нервное перенапряжение.

Облысению предшествует появление жирной перхоти. Выпадение волос начинается неактивно, поначалу оно охватывает только боковые поверхности лба и лишь впоследствии распространяется на область темени. Волосы выпадают не внезапно, их поредение происходит постепенно, с образованием небольших залысин. И только потом на темени образуется крупная плешь, которую окружает «подковка» волос.

Данный тип облысения наиболее известен у мужчин, он носит название гиппократова черепа. Волосы «подковки» могут сохраняться до глубокой старости, полное их выпадение наблюдается нечасто. Часто бывает, что кожа проплешины на темени воспаляется.

Профилактика облысения сводится к уходу за волосами, защите их от экологически неблагоприятных факторов, гигиене нервной системы. Большое значение имеет борьба с истончением волос, при котором происходит нарушение внутренней структуры волоса. Вследствие патологических изменений в своей структуре истончающиеся волосы делаются ломкими и легко выпадают.

Из новейших средств против истончения волос, хорошо зарекомендовавших себя, нужно назвать миноксидил, благодаря которому организм начинает активнее вырабатывать белок, укрепляющий структуру волос. Полный курс приема миноксидила насчитывает 3-5 недель. Определяет длительность курса в каждом конкретном случае (а также и обоснованность такого лечения) врач.

При обеих формах облысения одинаково эффективны биостимуляторы, в особенности экстракт алоэ, который полагается вводить внутримышечно по 1 мл ежедневно на протяжении 15-20 дней. Курс проводится повторно после месячного перерыва. В некоторых случаях имеет смысл провести до 4 таких курсов. В числе прочих стимулирующих препаратов необходимо назвать средства для приема внутрь: поливитамины, настойку корня женьшеня, экстракт элеутерококка, настойку аралии маньчжурской.

Медикаментозное лечение облысения нелишне дополнять наружным применением в процессе ухода за волосами фитопрепаратов домашнего приготовления, которые питают кожу, улучшают структуру волос и снижают интенсивность вредного воздействия содержащихся в воздухе пыли, газов, капельной влаги. При гнездной плешивости показаны к применению препараты аира болотного и арники горной. При себорейном облысении рекомендуется использовать препараты цинкория обыкновенного и рябины обыкновенной.

Отвар корневища аира болотного

3 ст. ложки корневища аира болотного залить 2 чайными стаканами (500 мл) уксуса, довести до кипения и кипятить еще на протяжении 15 мин. Когда готовый отвар остынет, процедить его и ежедневно втирать в плешинки.

Настой цветков арники горной

4 ст. ложки цветков арники залить 2 чайными стаканами (500 мл) кипятка и настаивать в течение 20 мин. Полученное средство применять в виде примочек, которые ставятся на очаги облысения.

Наряду с этим препаратом допустимо применять настойку арники, которую можно приобрести в аптеке. Настойку втирают в очаги облысения 1-2 раза в день.

Отвар корня цинкория обыкновенного

2 ст. ложки корня цинкория залить 2 гранеными стаканами (400 мл) воды и довести до кипения. Полученным отваром ополаскивать голову после мытья.

Настой плодов рябины обыкновенной

2 ст. ложки плодов рябины залить 2 гранеными стаканами (400 мл) кипятка и выдерживать в тече-

ние 30-35 мин. Готовый настой использовать для ополаскивания головы после мытья.

Лечебная косметика для мужчин

Проблема тщательного ухода за волосами и кожей решается благодаря правильному подбору косметических средств. Существует косметика, специально разработанная для мужчин с учетом особенностей их кожи, и в первую очередь с учетом ее высокой чувствительности. Кожа мужчин обладает столь же высокой чувствительностью, как и женская, хотя реагирует на внешние раздражители немного иначе, отчего и родилось мнение, будто кожа мужчин гораздо грубее женской.

На самом деле курение, нерациональное питание, неправильный уход, частое бритье, экологические факторы и многие другие воздействия вызывают покраснение, шелушение и зуд, которые свидетельствуют о начале патологического процесса. Если кожным покровам не была оказана своевременная помощь, то это зачастую приводит к развитию какого-либо заболевания.

Принципиальных различий между мужской и женской косметикой немного, поэтому некоторые фирмы, выпускающие товары якобы для мужчин, на самом деле просто используют такие заявления в качестве рекламного трюка, а сами производят продукцию, одинаково подходящую как мужчинам, так и женщинам. В силу этой причины правильнее будет приобретать мужскую косметику у известных производителей, которые создают новые средства с учетом биологических особенностей мужской кожи.

В первую очередь это касается кремов, т. к. женские кремы обычно раздражают мужскую кожу, имеющую другую кислотно-щелочную реакцию (баланс сдвинут в сторону кислотности). В легких случаях неподходящая косметика делает кожу мужчины липкой и заставляет испытывать дискомфорт. Кроме того, мужские кремы обладают матирующим эффектом, чего лишены

многие женские средства. Женщинам не нужен матовый крем, поскольку они устраняют блеск кожи с помощью пудры. Мужчины пудрой не пользуются, и поэтому прибегать к помощи женских кремов им не стоит. И конечно, цветочные и тому подобные запахи женской косметики могут понравиться мужчине, только если исходят от женщины, а не от него самого.

В салонах, реализующих продукцию известных производителей, всегда найдутся консультанты, которые помогут подобрать нужное средство. Однако предварительно мужчине необходимо узнать, какой у него тип кожи и каковы ее особенности: излишняя сухость, аллергические реакции, склонность к раздражению и т. д. Знание типа кожи наиболее важно при выборе косметических средств. О переносимости узнают опытным путем, осторожно опробовав их на себе.

Мужская кожа так же, как и женская, бывает разных типов: нормальная, сухая, жирная и смешанная. Узнать тип своей кожи можно, проведя несложный опыт. Нужно плотно приложить к лицу (если только оно не покрыто каплями пота) чистую гигиеническую салфетку, желательно окрашенную в бледно-зеленый или салатовый цвет, поскольку на таком фоне хорошо видны следы кожных выделений и чешуйки кожи. Тереть лицо салфеткой не следует. Затем необходимо осмотреть получившийся след.

У человека с нормальной кожей никаких следов, кроме отдельных чешуек, не будет видно. У мужчины с жирной кожей след будет напоминать масляные пятна - это признак избыточного выделения кожного сала. У обладателя сухой кожи след будет содержать много чешуек, поскольку кожа такого типа интенсивно шелушится.

При любом типе кожи не рекомендуется мыть лицо с мылом чаще одного раза в день, достаточно просто ополаскивать лицо водой, когда это необходимо. Однако прочие советы для людей с разным типом кожи существенно разнятся. Слишком часто умываться, несмотря на полезность этой процедуры, нельзя при жирной и сухой коже. При сухой коже вредно и черес-

чур часто ополаскивать ее. Число ежедневных умываний нужно по возможности сократить до двух, а вместо остальных следует проводить протирания жирными лосьонами. При жирной коже тоже стоит умываться чуть реже, заменяя отдельные умывания протираниями спиртовым обезжиривающим лосьоном.

В целях снижения бактериального обсеменения кожи следует применять антимикробное мыло, однако пользоваться им нужно только после возвращения с улицы, при наличии воспалительного процесса или при какой-либо подобной ситуации. Благотворно влияют на состояние больной кожи противовоспалительные тоники, включающие вытяжку из алоэ, гвоздики или сандала.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ

Дерматологических заболеваний, которые протекают у мужчин по-особому, гораздо больше, чем в двух предыдущих группах. Однако далеко не всегда различия в течении болезни ярко выражены или требуют какого-то особого подхода при выборе лечения. Поэтому из существенно отличающихся болезней можно назвать главным образом комедоны (черные угри) и одну из форм пиодермии.

Комедоны

Комедонами называются черные, или точечные, угри, которые возникают при закупорке пылевыми частицами устьев волосяных фолликулов (пузырьков в толще кожи, где находятся волосные луковицы). Предрасположенность к возникновению комедонов имеют лица, у которых отмечается пониженный тонус стенок сальных желез. Другой предрасполагающий фактор - повышенная активность этих желез, которая отмечается в период полового созревания. У мужчин комедоны образуются исключительно в это время, у женщин могут появляться и в зрелом возрасте перед началом менструаций.

Черные угри локализованы преимущественно на лице, спине и груди. На лице они занимают лоб, щеки и нос. Комедоны имеют вид расположенных в устьях сальных желез роговых пробочек величиной не более просяного зернышка. При надавливании на кожу с боков такой пробочки из устья выходит стерженек цилиндрической формы (иногда извитой). При надлежащем лечении угри проходят, но при недостаточном внимании человека к проблемам своей кожи комедоны превращаются в гнойные прыщи. Процесс может поражать и более глубокие слои кожи. При этом на месте поражений со временем остаются рубцы.

Один из самых эффективных способов удаления комедонов состоит в их выдавливании. Самостоятельно делать этого не следует. Лучше обратиться к врачу-косметологу. Перед началом процедуры больному делают паровую ванну для лица. Затем черные пробочки выдавливаются специальным угревыдавливателем или видалевской иглой (иногда применяются иглы других типов).

Чтобы предупредить появление новых комедонов, необходим ежедневный уход за кожей с применением лекарственных препаратов и тщательно подобранных косметических средств, выполняющих защитную функцию. В первую очередь необходимо сказать о протираниях кожи 2% -ным салициловым спиртом. Кроме того, весьма эффективна обработка кожных покровов фитопрепаратами из арсенала средств народной медицины. Например, показано применять лапчатку прямостоячую, корневище которой содержит дубильные вещества, эфир торментол, смолы и многие другие вещества.

Отвар корневища лапчатки прямостоячей

2 ст. ложки корневища лапчатки залить 2 чайными стаканами (0,5 л) воды и довести до кипения. Подождать, когда готовый отвар остынет, процедить и использовать для примочек и компрессов.

Листья крапивы двудомной богаты витаминами, особенно аскорбиновой кислотой, а также гликозидами, дубильными веществами, муравьиной кислотой и т.д. Благодаря этому растение обладает противовоспа-

лительным действием, препятствует нагноению. Сухие листья крапивы можно истолочь в мелкий порошок (пудру) и присыпать им на 3-5 мин места наибольшего скопления комедонов на лице. Для протирания лица годится настой листьев этого растения.

Настой листьев крапивы

3 ст. ложки листьев крапивы залить 1 стаканом кипятка и настоять 15-20 мин.

Девясил высокий используется в народной медицине в качестве противовоспалительного и антимикробного средства. На основе корней и корневища этого растения, содержащих алкалоид инулин, сложное эфирное масло и сапонины, приготавливаются две лекарственных формы - отвар и мазь.

Отвар корней и корневища девясила

1 ст. ложку растительного сырья залить 2 чайными стаканами (0,5 л) воды и довести до кипения. Готовый отвар процедить и использовать в теплом виде для умываний по утрам.

Мазь из корней и корневища девясила

2 ст. ложки корней и корневища залить 1/2 граненого стакана (100 мл) воды, довести до кипения, процедить и затем перемешать с 2 ст. ложками свиного сала. Готовым средством смазывать места наибольшего скопления комедонов.

Ромашка аптечная представляет собой одно из наиболее эффективных антисептических и болеутоляющих средств при самых разных заболеваниях. Ее соцветия, служащие лекарственным сырьем, содержат салициловую и аскорбиновую кислоты, эфирное масло, провитамин А, глицириды жирных кислот и многие другие активные вещества. Ромашка идеально подходит для приготовления паровых ванн, примочек, протираний и припарок. С равным успехом во всех приводимых ниже рецептах могут использоваться соцветия ромашки зеленой.

Отвар ромашки аптечной

1 ст. ложку соцветий ромашки залить 2 л воды и довести до кипения. Готовое средство применять для паровых ванн для лица.

Настой ромашки аптечной

4 ст. ложки соцветий ромашки залить 2 чайными стаканами (0,5 л) кипятка. Настоять 20-25 мин, процедить и применять для примочек и протираний кожи.

Заварка для припарок

4 ст. ложки соцветий ромашки заварить 1/2 стакана кипятка и выдержать 10-15 мин. Кашицеобразную массу выложить на марлю или тонкую тряпочку, которую свернуть и наложить на 20-40 мин на очаги поражения.

Пиодермия хроническая язвенная

Данное заболевание представляет собой осложнение запущенной пиодермии - гнойно-воспалительного процесса кожи при стрепто- и стафилококковой инфекции, которая проникает в организм через расчесы, травмы и т. д. Провоцирующим фактором развития заболевания является ослабленность организма. Поэтому чаще всего хроническая язвенная пиодермия наблюдается у истощенных больных и у пожилых людей.

Изъязвления при этом заболевании локализуются преимущественно на голенях, предплечьях и тыльной стороне кистей. У мужчин никогда не наблюдается язва на груди и животе, как это иногда бывает у женщин.

Хроническая пиодермия имеет вялое течение, длящееся месяцами и годами. Она может протекать либо в язвенной, либо в язвенно-вегетирующей форме. При язвенной форме кожу в пораженных инфекцией участках покрывают неглубокие мягкие язвы, обильно источающие гной. Края язв воспалены, на дне видна вялая грануляция (скопление красноватых «зерен», образованных сосудами). Иногда вокруг язв возникают фолликулиты (образования в форме зернышек) и гнойные корочки.

При язвенно-вегетирующей форме хронической пиодермии на коже образуются болезненные плоские уплотнения (инфильтраты), которые возвышаются над кожей, - очаги инфекции. Эти образования имеют цианотически-красную окраску и покрыты разра-

щениями в виде сосочков - так называемыми вегетациями.

На поверхности уплотнений, в их центральной части, обычно отмечаются свищи, которые могут быть прикрыты корочкой, и фистулезные ходы. Если надавить на уплотнение, то из свища начнет выделяться гной. Вблизи очагов нередко обнаруживаются гнойнички в виде пузырьков (фолликулиты) и прыщей (пустулы), а также корочки, которые образуются при засыхании вытекающего из гнойничков содержимого.

В ходе обследования у дерматолога нужно непременно сдать кровь на реакцию Вассермана (анализ на RW), чтобы исключить сифилитическую природу язв. Лечение консервативное или радикальное в зависимости от показаний. Консервативные методы лечения разнообразны, поскольку ни один из них не является универсальным.

Чаще всего основным видом терапии выступает общеукрепляющее лечение, которое опирается на соблюдение режима дня, нормирование труда, антистрессовую программу, рациональное питание, богатое витаминами. В этот период организм мужчины особенно остро нуждается в витаминах А и С, которые нужно не только вводить в рацион с продуктами, но и принимать в виде пищевых добавок. В отсутствие противопоказаний можно обрабатывать инфильтраты эвкалиптовым маслом, настойкой арники горной, свежим соком каланхоэ и хлорофиллиптом, поскольку эти средства отличаются высокой антимикробной активностью.

Иммунотерапия и дерматологические процедуры должны проводиться исключительно специалистом. Врач также определяет дозировку приема нитрофурановых препаратов и антибиотиков, из которых обычно прописываются бензеницилин, гентамицин, доксициклин, метациклин или метициллин. Самостоятельное лечение антибиотиками недопустимо, потому что при пиодермии, даже назначенные с учетом индивидуальных особенностей больного и специфики течения болезни, они могут давать побочный эффект, а иногда и провоцировать рецидивы.

Обязательным условием лечения пиодермии является частая смена одежды. Поскольку по мере заживления свищей и фистул происходит их рубцевание, целесообразно посоветовать больному обратиться за помощью к косметологу для устранения возникшего дефекта.

Для подавления воспалительного процесса в организме и угнетения возбудителя при лечении пиодермии широко применяются фитопрепараты, обладающие противовоспалительным и антимикробным действием. К их числу относятся средства, приготовленные на основе донника лекарственного, ромашки аптечной, подорожника большого и некоторых других. Использование натуральных средств обязательно сочетают с приемом препаратов железа, дрожжей (гефегитин и т. д.), витаминов А, С и группы В, нитрофурановых препаратов (фурагин). В случае наружного местного применения настоев и отваров из лекарственных растений показано чередовать их со спиртовым раствором йода.

Противовоспалительный сбор № 1

Взять по 1 ст. ложке корня девясила высокого, цветков календулы лекарственной, листьев подорожника большого, травы шалфея лекарственного и 1 дес. ложку соцветий ромашки аптечной. Перемешать, 2 ст. ложки сбора залить 1 стаканом кипятка и кипятить 15 мин. Отвар процедить, развести водой в соотношении 1 : 1 и настоять в течение 10 мин. Принимать внутрь по 1/2 стакана 3 в день до еды или использовать местно через день.

Противовоспалительный сбор № 2

Взять по 2 ст. ложки коры дуба черешчатого и корневища аира болотного. Залить 2 стаканами кипятка и нагревать под крышкой на водяной бане 40 мин, не доводя до кипения, затем настоять в течение 10 мин, процедить и развести водой до прежнего объема. Готовый препарат применять наружно.

Глава 8

БОЛЕЗНИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Для заболеваний органов пищеварения характерно то, что все они могут встречаться и у представительниц слабого пола. Исключительно мужские заболевания, поражающие пищеварительную систему, медицине почти неизвестны, если не считать некоторых форм цирроза и т. д. И тем не менее насчитывается немало недугов такого рода, которые не только отличаются каким-то специфическим течением, но отмечаются преимущественно у мужчин.

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО МУЖСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Только у мужчин встречаются две разновидности цирроза - поражения всех структур печени с нарушением функции этого органа. Изначально любой цирроз протекает в форме хронического гепатита, при котором отмечаются изменения воспалительного характера в межклеточной ткани. По мере перехода гепатита в цирроз эти изменения принимают вид диффузного разрастания соединительной ткани, рубцового сморщивания органа и дегенеративных процессов в функциональной ткани (паренхиме). Хронический гепатит протекает скрыто, на него указывает некоторое увеличение и уплотнение печени, а иногда еще и увеличение селезенки. Клиническая картина циррозов всегда ярко выражена.

Цирроз Лаеннека

Все циррозы в зависимости от симптомов, отражающих этапы в динамике разрастания соединительной ткани, принято подразделять на четыре основные формы: портальные, постнекротические, билиарные, смешанный (форма представлена одной разновидностью). Для портальных циррозов свойственно прохождение двух стадий - увеличения и уменьшения печени. При этом в стадии уменьшения органа могут отмечаться асцит, метеоризм и гипертензия, т. е. повышение кровяного давления. Признаки дисфункции печени всегда многочисленны и ярко выражены.

Постнекротический цирроз характеризуется желтухой и болями в правом подреберье и подложечной области. Билиарный цирроз развивается на фоне заболевания желчного пузыря с явлениями холестаза - застоя желчи. Смешанный цирроз совмещает в себе различные симптомы и точно диагностируется только после прохождения специального медобследования.

По клинко-патогенетическим особенностям цирроз Лаеннека относится к портальным циррозам. Это заболевание наблюдается у мужчин в возрасте 45-60 лет. Для данной формы характерны уменьшение размеров печени и ее мелкая зернистость. Функция органа зачастую сохраняется очень долго. Нарушение работы печени происходит всегда резко и внезапно, причем часто дисфункция оказывается очень тяжелой. Патологический процесс распространяется на вены печени и связанные с ними вены живота, которые приобретают склонность к кровоточивости.

Первоначально заболевание проявляется в диспепсических явлениях: тошноте, отрыжке, расстройствах стула. На начальной стадии цирроза возможны увеличение печени и селезенки. С первых дней болезни прогрессирует исхудание: мужчина много теряет в весе.

На следующем этапе отмечается водянка живота (асцит), т. е. скопление в брюшной полости до 0,5 л жидкости или даже большего ее количества. У мужчины в стоячем положении живот свисает, при постукивании пальцами по его нижней части раздается глухой

звук (если количество жидкости превосходит 600 мл). Другим важным признаком водянки служит «лягушечий живот»: когда больной ложится на спину, живот уплощается, однако жидкость отливается к боковым стенкам и распирает их.

Асциту сопутствуют нарушения венозного кровообращения, которые выражаются в повышении кровяного давления внутри сосудов, что ведет к расширению вен пищевода, геморроидальных вен, а также подкожных вен живота. Подкожные вены живота очень хорошо просматриваются, они образуют рисунок, называемый «головой Медузы»: переплетение сосудов напоминает клубок змей, копошащихся на голове горгоны Медузы из греческих мифов.

Если структурные изменения в печени привели к сдавлению желчных протоков, то у больного появляются симптомы желтухи. Болезнь неуклонно прогрессирует и без надлежащего лечения может привести к серьезным последствиям.

Кровотечение, характерное для данной формы цирроза, а также присоединяющиеся инфекции (туберкулезный перитонит) могут быть смертельно опасными для больного. Кроме того, при этом заболевании велик риск развития печеночной комы. Известны случаи, когда на фоне цирроза развивался первичный рак печени.

Лечение опирается на щадящий режим с минимальными физическими нагрузками. Больному показана диета № 5 по Певзнеру, предполагающая запрещение алкоголя и ограничение соли. Обязателен прием мочегонных средств, которые прописываются в комплексе со спиролактонами (главным образом верошпироном). При циррозе Лаеннека, как и при прочих разновидностях портальных циррозов, особенно полезны фитотерапевтические сборы, улучшающие аппетит, нормализующие пищеварение и усиливающие мочеотделение. Длительность приема выбранного фитопрепарата полностью совпадает со сроком общей терапии цирроза.

Противоциррозный сбор № 1

2 ст. ложки травы хвоща полевого, 2 ст. ложки тысячелистника обыкновенного, 1 ст. ложку травы чис-

тотела большого и 1 ст. ложку адониса весеннего залить 1 л воды и довести до кипения. Отвар процедить и принимать по 1/2 стакана 2 раза в день до еды.

Противоциррозный сбор № 2

1 ст. ложку травы полыни горькой, 1 ст. ложку травы тысячелистника обыкновенного, 1 ст. ложку листьев березы повислой, 1 ст. ложку шишкоягод можжевельника обыкновенного и 1 ст. ложку плодов барбариса обыкновенного залить 1,2-1,3 л кипятка и настаивать 20-30 мин. Готовый настой после процеживания пить по 1 стакану 2 раза в день за 30 мин до еды.

Противоциррозный сбор № 3

Взять по 1 ст. ложке травы полыни горькой, травы золототысячника малого, листьев вахты трехлистной и корней одуванчика лекарственного. Залить 1 л кипятка и выдержать до 30 мин. Готовый настой процедить и принимать по 1 ст. ложке за 15-20 мин до еды.

Противоциррозный сбор № 4

Взять по 1 ст. ложке травы полыни горькой, листьев вахты трехлистной, плодов тмина обыкновенного и корневища аира болотного, залить 1 л кипятка и настаивать 25-30 мин. Настой принимать по 1 ст. ложке за 20 мин до еды.

Противоциррозный сбор № 5

Взять по 1 ст. ложке травы адониса весеннего, травы хвоща полевого, травы тысячелистника и 2 ст. ложки травы чистотела большого, залить 1,2 л воды и довести до кипения. Отвар процедить и принимать по 1 стакану 2 раза в день.

Противоциррозный сбор № 6

Взять по 1 ст. ложке травы цикория, тысячелистника, зверобоя и хвоща полевого, залить 0,8 л кипятка и настаивать 20 мин. Принимать готовое средство после процеживания по 1 стакану 2-3 раза в день.

Противоциррозный сбор № 7

Взять по 1 ч. ложке коры крушины ольховидной, травы тысячелистника, травы зверобоя и плодов тмина, залить 2 гранеными стаканами (400 мл) кипятка и настаивать 20 мин. Выпить весь настой в течение дня в 2-3 приема.

Пигментный цирроз

Данное заболевание характерно для мужчин, принадлежащих к возрастной категории 30-40 лет. Течение заболевания длительное, но без особых осложнений, за исключением редких случаев. Для пигментного цирроза характерно изменение цвета кожных покровов, из-за чего заболевание и получило такое название. Цвет кожи становится бронзовым. В числе других симптомов следует назвать увеличение печени. Болезнь всегда протекает на фоне сахарного диабета.

В лечении болезни чрезвычайно важен пищевой режим, который основывается на диете № 5 по Певзнеру. Еда принимается дробными порциями в сравнительно небольшом количестве. Важно не допускать переедания. Ограничения в точности такие же, как и при остальных циррозах: соль потребляется в крайне небольшом количестве, алкоголь полностью исключается.

Жир можно употреблять в пищу в виде сливочного масла, сметаны. Молоко с пониженной жирностью разрешается лишь в том случае, если оно не провоцирует диарею. Допустимое количество жира в суточном рационе составляет 60-70 г.

Больному необходимы в большом количестве животные белки, улучшающие течение цирроза на любой стадии. Кроме того, продукты животного происхождения содержат липотропные вещества (инозит, метионин и холин), которые препятствуют ожирению печени. Больной должен съедать в день до 200 г мяса или птицы (только в вареном виде), а также добавочно 200-400 г обезжиренного творога.

Благотворно влияют на состояние печени фруктовые и овощные салаты. При тяжелом течении болезни показано чаще проводить разгрузочные дни - фруктовые, компотные и сахарные. Во время фруктовых дней больной съедает до 1 кг фруктов в свежем виде или с салатами, запивая фруктовым компотом. В компотные дни больному полагается выпивать до 1,5 л компота (преимущественно из сухофруктов) за день. В сахарный день больной употребляет до 100 г сахара в день.

Вопрос о необходимости этих дней решает врач, он же дает указания по их проведению.

Большое значение при лечении пигментного цирроза имеет фитотерапия, направленная на улучшение обменных процессов в клетках печени. Для этой цели применяются следующие сборы для регулирования метаболизма печеночных тканей.

Сбор для регулирования метаболизма № 1

Взять по 1 ст. ложке травы полыни горькой, листьев мяты перечной, корней валерианы лекарственной, 2 ст. ложки травы зверобоя продырявленного, 1 ч. ложку соцветий (шишек) хмеля обыкновенного, залить 4 гранеными стаканами (0,8 л) кипятка и настаивать 20 мин. Принимать по 1-2 стакана настоя 2-3 раза в день за 30 мин до еды.

Сбор для регулирования метаболизма № 2

Взять по 1 ч. ложке травы зверобоя продырявленного, тысячелистника обыкновенного, шалфея лекарственного, горца птичьего, череды трехраздельной и плодов шиповника коричневого. Для настоя залить сырье 2 чайными стаканами (0,5 л) кипятка и настаивать в течение 15-20 мин. Для отвара залить сырье 0,5-0,6 л воды, довести до кипения и затем еще кипятить в течение не более 10 мин. Готовое средство принимать по 1/2 стакана 3 раза в день за 30 мин до еды.

Сбор для регулирования метаболизма № 3

2 ст. ложки плодов шиповника коричневого и 1 ст. ложку листьев крапивы двудомной залить 4 гранеными стаканами (0,8 л) кипятка и настоять 30 мин. Готовое средство процедить и принимать за день по 1 стакану в 2-3 приема.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО МУЖСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Из болезней этой группы необходимо в первую очередь отметить различные случаи патологии кишечника, например болевые симптомокомплексы, и в особенности воспалительные явления. Из воспалительных заболеваний заслуживают внимания всевозможные формы дуоденита (острый, хронический и флегмоноз-

ный) и одна из сравнительно редких форм хронического энтероколита, известная как болезнь Уиппла.

Стоматит Венсана

Стоматит Венсана представляет собой язвенно-некротическую разновидность инфекционных стоматитов, возбудители которой - спирохета Венсана и фузобактерии, т. е. микроорганизмы, постоянно обитающие в ротовой полости, но в норме заселяющие ее в небольшом количестве. В результате определенных нарушений эти бактерии обретают патогенные свойства. Чаще всего микрофлора становится агрессивной вследствие снижения сопротивляемости организма, нарушения трофики (питания) слизистой оболочки ротовой полости или изменения реактивности этой ткани.

Болезнь поражает преимущественно мужчин в возрасте от 17 до 30 лет. Риск заболеть стоматитом Венсана возникает, как правило, в том случае, когда мужчина ранее перенес воспалительный процесс десен (например, при отложении зубного камня). Вероятность развития заболевания повышается у лиц с несанированной полостью рта.

В частных случаях данная форма стоматита выступает в качестве осложнения ряда тяжелых общих заболеваний: агранулоцитоза, лейкоза, инфекционного мононуклеоза. Нередко развитие стоматита Венсана бывает спровоцировано отравлением солями тяжелых металлов.

Клиническая картина разнообразна, ее проявления зависят от этапа заболевания. Начало болезни всегда острое, характеризующееся подъемом температуры до 38 °С, общей слабостью и болями в ротовой полости, усиливающимися при приеме пищи. Мужчина жалуется на сильно кровоточащие десны и гнилостный запах изо рта.

В дальнейшем на слизистой оболочке щек возникают язвы, иногда множественные. Они нередко занимают большую площадь, достигая 5-6 см в диаметре, и поражают при этом глубокие слои слизистой оболоч-

ки. В отсутствие лечения патологический процесс принимает такие масштабы, что на обширных пораженных участках слизистой оболочки развивается глубокий некроз тканей, затрагивающий в т. ч. и кость (альвеолярный отросток).

Течение болезни длительное, растягивается на месяцы и даже годы. Для него характерно чередование периодов затишья и обострения. Однако в сравнительно короткие сроки при прогрессировании стоматита происходит выпадение зубов.

Самостоятельно разрешается выполнять местные процедуры, которые заключаются в тщательной обработке межзубных промежутков и зубодесневых карманов 1-1,5%-ными растворами перекиси водорода и перманганата калия. В легких случаях этой меры оказывается достаточно.

Чтобы вызвать отторжение некротизированных тканей, применяются 0,1%-ные растворы таких протеолитических ферментов, как панкреатин, трипсин, хемотрипсин. Однако процедуру обработки ротовой полости этими веществами желателен доверить специалисту.

При поражении средней степени тяжести показано медикаментозное лечение, основанное на применении препаратов метронидазола, например клиона, трихопола, флагила. Метронидазол принимается в дозировке 0,25 г 2 раза в день. Курс лечения длится 5-10 дней.

Если лечение было подобрано верно и на слизистую оболочку не воздействуют более никакие вредные факторы, то уже через сутки состояние пораженных тканей значительно улучшается, а болевые ощущения затухают. Спустя менее чем неделю (на 5-6-й день) отмечается полная эпителизация язв.

Острый дуоденит

Дуоденитом называется воспаление стенок двенадцатиперстной кишки, приводящее к их структурной перестройке. Обычно патологический процесс охватывает не всю стенку целиком, а исключительно сли-

зистую оболочку. Дуоденит может протекать в нескольких формах в зависимости от очага поражения, характера протекания болезни и морфологической картины.

Двенадцатиперстная кишка может поражаться целиком (собственно дуоденит) либо частично. Изолированно поражаются ее начальный верхний отдел, известный под названием луковицы, и область большого дуоденального сосочка. В первом случае заболевание протекает как бульбит, во втором - как оддит, или сфинктерит. Нередки случаи сочетанного поражения двенадцатиперстной кишки и желудка, когда заболевание развивается как гастродуоденит.

По характеру протекания дуоденит подразделяется на острый, хронический и флегмонозный. Встречаемость этих форм неодинакова, флегмонозный встречается гораздо реже двух предыдущих. Всем формам дуоденита присущи отечность и покраснение слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Но в остальном морфологическая картина может отличаться, что позволяет медикам выделять несколько видов поражения органа.

При поверхностном дуодените воспалительный процесс охватывает только поверхностные слои слизистой оболочки. В случае с развитием диффузного дуоденита имеет место распространение патологического процесса на всю глубину слизистой оболочки. Об эрозивном дуодените говорят, когда на слизистой появляются эрозии - единичная или множественные. Если воспаление приводит к умеренной или выраженной атрофии ворсинок слизистой оболочки, то заболевание определяется как атрофический дуоденит.

Наибольшему риску заболеть дуоденитом подвергаются лица, у которых отмечаются повышенная кислотность и ферментная активность желудочного сока: их пищеварительная система вырабатывает слишком много соляной кислоты и пепсина, составляющих желудочный сок. Этот сок вместе с пищей поступает из желудка в двенадцатиперстную кишку и разъедает ее слизистую оболочку.

Разумеется, развитию болезни способствует и недостаточная выработка поджелудочной железой секрета, как называется вещество, нейтрализующее соляную кислоту. Нарушение переваривания пищи при гипо- и ахлоргидрии тоже опасно для кишки: плохо переваренные куски раздражающе воздействуют на стенки этого органа. Кроме того, известны случаи, когда болезнь была спровоцирована аномальным повышением активности микробов, заселяющих верхний отдел пищеварительного тракта.

Очевидно, что подобные функциональные нарушения, провоцирующие развитие воспалительного процесса двенадцатиперстной кишки, представляют собой различные заболевания пищеварительной системы и смежных с ней органов и систем: гастрит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дивертикулез двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, болезни печени и желчевыводящих путей, обменные нарушения (подагру, уремию), глистные инвазии (анкилостомидозы, лямблиозы, описторхозы и другие гельминтозы).

Чаще всего дуоденит возникает в силу тех же причин, что и гастрит: курения, чрезмерного употребления спиртного, нерационального питания, стрессов.

Самостоятельная диагностика дуоденита и его формы затруднена, но по ряду признаков мужчина может догадаться о природе своего недуга. В особенности на это указывает локализация болей. Для большего удобства при самодиагностике следует воспользоваться картой отделов и областей передней стенки живота. Таких отделов выделяется 3, а областей - 9.

Первый отдел называется надчревьем. Он включает следующие области: I - правую подреберную, II - надчревную (подложечную), III - левую подреберную. Ниже располагается второй отдел, называемый чревьем. Он включает следующие области: IV - правую боковую (подвздошную), V - пупочную, VI - левую боковую (подвздошную). Самый нижний отдел называется подчревьем и включает в себя следующие области: VII - правую паховую, VIII - лобковую, IX - левую паховую.

На каждую из областей проецируются определенные органы брюшной полости, здесь же ощущается боль или тяжесть при патологическом процессе в этих органах. В разном возрасте положение внутренних органов неодинаково, поэтому и проекции обычно неодинаковы. У юношей положение органов сравнительно высокое, а в пожилом и старческом возрасте отмечается спланхноптоз, т. е. опущение внутренних органов.

Кишечник проецируется на чревь и подчревь: слепая кишка - на пупочную и правую боковую области, сигмовидная кишка - на левую паховую область, червеобразный отросток (аппендикс) - на правую боковую область. Двенадцатиперстная кишка очень невелика, она достигает всего 30 см в длину. Поэтому данный орган проецируется на надчревную область, т. е. примерно туда же, куда проецируются желудок и селезенка (увеличенная селезенка может прощупываться чуть ниже, т. к. она заходит в левую боковую область с несильным смещением к пупку).

Болевой симптом при дуодените в остром течении может быть принят за приступ гастрита или язвы желудка, но все же определенные отличия существуют. В надчревной области ощущаются не только боли, но и распирающие ощущения. Если при ощупывании этой области смещать пальцы все ближе и ближе к левому подреберью, то можно обнаружить здесь болезненность. Приступу сопутствуют резкое снижение аппетита, слюнотечение и тошнота, временами переходящая в рвоту. Больной жалуется на головные боли и общую слабость, которая усугубляется повышенной температурой. Артериальное давление иногда скачкообразно возрастает.

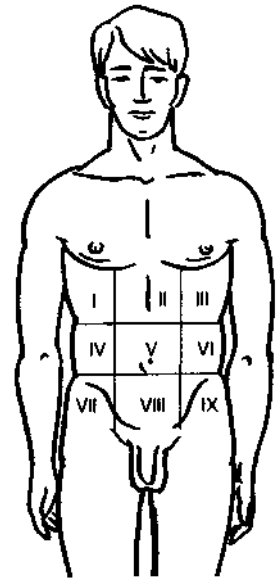


Рис. 33. Области живота

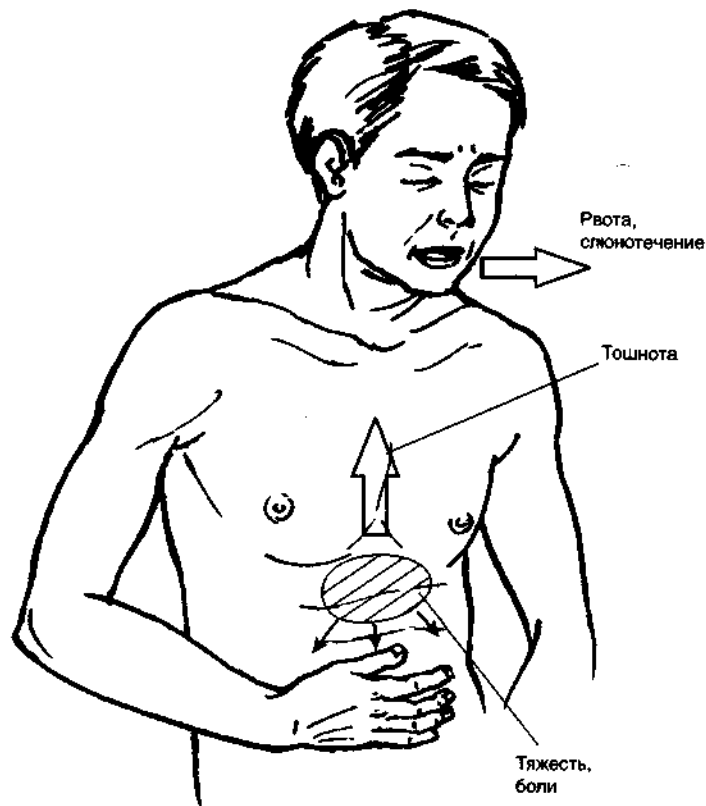


Рис. 34. Симптоматика острого дуоденита

В зависимости от того, до какой степени выражена клиническая картина заболевания, лечение может проводиться в амбулаторных или стационарных условиях. Оно почти всегда консервативное. Его ключевым моментом является диетотерапия. Составление ежедневного рациона осуществляется на основе стола № 1 по Певзнеру.

На протяжении первых 3 дней с начала приступа больному дают протертые каши, слизистые супы, мясное паровое суфле, сухарики из мелко нарезанного белого хлеба, молочный кисель и сливки. Впоследствии рацион расширяют, добавляя прочие продукты из тех,

что разрешены диетой № 1. Когда состояние больного стабилизируется, его переводят на обычное питание, хотя употребление некоторых продуктов (соли, специй) существенно ограничивается.

Врач прописывает больному спазмолитики и анальгетики, чтобы уменьшить болевые ощущения. Очень важно не допустить обезвоживания организма вследствие потери им жидкости с рвотой. Если явления обезвоживания были замечены, больному дают обильное питье. Когда эта мера помогает мало, показаны внутривенные инъекции солевых растворов.

При правильном лечении болезнь протекает без осложнений. Через неделю отмечается плавное стихание процесса, но, пока все патологические явления не исчезли, нарушать режим нежелательно. При недостаточно последовательном соблюдении больным требований врача дуоденит переходит в хроническую форму.

Во время восстановительного периода диспепсические явления при гастритоподобной форме дуоденита устраняются с помощью траволечения. Рекомендуемые к применению сборы включают в себя чернику, черемуху, ольху и т. д. Эти же сборы оказывают противовоспалительное действие на весь тонкий кишечник, способствуют нормализации кишечного пищеварения.

Сбор против диспепсии № 1

Взять по 1 ч. ложке плодов тмина обыкновенного, укропа аптечного (фенхеля) и сенны остролистной, соплодий ольхи серой, соцветий ромашки аптечной, цветков бессмертника песчаного, листьев подорожника большого и мяты перечной, травы зверобоя продырявленного, корня алтея лекарственного, залить 3 чайными стаканами (750 мл) кипятка и настаивать 20 мин. Полученный настой принимать по 1/3 стакана 3 раза в день до еды.

Сбор против диспепсии № 2

Взять по 1 ч. ложке плодов аниса обыкновенного и укропа аптечного (фенхеля), 1 ст. ложку соцветий ромашки аптечной и коры крушины ольховидной, 1 дес. ложку листьев мяты перечной, залить 3 чайными ста-

канами (750 мл) кипятка и настаивать 30 мин. Готовое средство принимать по 3/4 стакана 3 раза в день после еды.

Сбор против диспепсии № 3

Взять по 1 дес. ложке плодов черемухи, тмина и черники, цветков ромашки, залить 3 стаканами воды и довести до кипения. Готовый отвар принимать по 1/2 стакана утром натощак.

Сбор против диспепсии № 4

Взять по 1 дес. ложке соцветий ольхи серой, плодов черемухи обыкновенной, коры дуба черешчатого, залить 2 гранеными стаканами (400 мл) воды и довести до кипения. Весь отвар выпить маленькими глотками в течение дня.

Профилактика острого дуоденита предполагает отказ от вредных привычек, рациональное питание и устранение по мере возможности экологически неблагоприятных воздействий на организм. Важно своевременно устранять явления застоя содержимого двенадцатиперстной кишки (дуоденостаз). Дуоденостаз может быть обнаружен при полном обследовании кишечника в случае затяжных диспепсических явлений. Моторика кишки восстанавливается благодаря применению препаратов метоклопрамида, например реглана и церукала.

Хронический дуоденит

Хроническое воспаление двенадцатиперстной кишки развивается как осложнение острого дуоденита и характеризуется разнообразием проявлений. По особенностям клинической картины можно выделить несколько форм болезни, из которых наиболее известна язвенноподобная. Ведущий симптом этой формы - болезненные ощущения, сходные с болями при дуоденальной язве. Отличительным признаком является отсутствие сезонного характера этих болей: если сезонные обострения и происходят, то они выражены значительно слабее.

Другая распространенная форма - гастритоподобная. В этом случае дуоденит при распознавании прихо-

дится различать с гастритом (воспалением слизистой оболочки желудка). Сходство между этими двумя заболеваниями возникает из-за общности признаков, объединяемых явлением диспепсии (тошнота, иногда рвота, отрыжка, слюнотечение, расстройства стула и т. д.).

При поражении фатерова соска двенадцатиперстной кишки дуоденит принимает признаки холецистита или панкреатита: боли в правом подреберье (либо опоясывающие боли в надчреве), которые усиливаются после приема пищи. Это объясняется тем, что через фатеров сосочек в двенадцатиперстную кишку открывается общий проток желчного пузыря и поджелудочной железы. Поэтому оддит рассматривается как холециститоподобная или панкреатитоподобная форма хронического дуоденита.

Нервно-вегетативная форма встречается у мужчин крайне редко, она более характерна для женщин, причем молодого возраста (до 30 лет). В данном случае в клинической картине на первый план выдвигаются расстройства нервной системы, называемые вегетативными: головные боли, повышенная утомляемость, общая слабость.

Смешанной форме присущи разнообразные симптомы, сближающие ее с остальными формами этого заболевания. В пожилом возрасте дуоденит протекает чаще всего в так называемой скрытой форме, т. е. почти бессимптомно.

Хронический дуоденит может привести к осложнениям 3 видов - язвенной болезни, кишечному кровотечению и перидуодениту. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки развивается в том случае, если хроническому дуодениту сопутствует эрозивный процесс слизистой оболочки. Если развитие эрозии прогрессирует, то в запущенных случаях возможно присоединение новых осложнений, например хронического холецистита, панкреатита и т. д.

Кишечное кровотечение (иногда массивное) также развивается на фоне эрозивного хронического дуоденита. Признаками этого осложнения выступают густо-черного цвета из-за примеси крови стул, головокруже-

ние, общая слабость, значительное падение артериального давления, иногда вплоть до коллапса.

Перидуоденит возникает тогда, когда воспалительный процесс со слизистой оболочки перебрасывается на наружные оболочки стенок двенадцатиперстной кишки. Заболевание приводит к сморщиванию луковицы кишки. Развитие перидуоденита сопровождается усилением болей, которые становятся наиболее острыми при физических нагрузках и резких движениях, сопровождающихся сотрясанием тела. Температура иногда немного повышается.

Лечение почти всегда, кроме тяжелых случаев, проводится амбулаторно. Больному следует тщательно соблюдать режим труда и отдыха. Диетотерапия включает в себя 3 этапа. На начальном этапе, длящемся от 3 до 5 дней в зависимости от показаний, больной питается по диете № 1 по Певзнеру, но с ограничениями. Больному разрешены слизистые супы, сухарики из белого хлеба, паровое или вареное мясо, протертый свежий творог, а из напитков - разбавленные водой сладкие соки, фруктовые и ягодные кисели, сливки. Вся твердая пища (мясо, сухарики) должна быть тщательно измельченной, нарезанной мелкими кусочками. Калорийность питания составляет 2500 ккал в сутки.

На втором этапе больному разрешается перейти на более расширенный стол, но в рамках диеты № 1. Помимо супов, каш, сухариков и т. д. даются яйца всмятку, паровой омлет, любые протертые вареные овощи, за исключением белокочанной капусты. Большое значение имеют блюда из молока (рисовые каши, супы), если мужчина их хорошо переносит. На десерт полагаются печеные яблоки и груши. Из напитков следует назвать наряду с разбавленными фруктовыми соками молоко и (в небольшом количестве) какао. Рекомендуемая суточная калорийность питания достигает 2800-3000 ккал.

Во время третьего периода диетотерапии больной переводится на диету № 5. Этот стол включает в себя овощные супы без добавления жира; нежирные мясо и рыбу, приготовленные на пару, отварные или запечен-

ные после отваривания; крупяные и овощные гарниры к мясным кушаньям; сухари, лежалый хлеб (черный и белый); яйца только в блюдах в количестве 1 шт. в день (или реже); кисломолочные продукты, в первую очередь творог; сыр (ограниченно и только неострый); в качестве приправы - неострые диетические соусы (например соевый), сметану или сливки в ограниченном количестве, не более 2 ст. ложек в день.

Десерт состоит из разнообразных фруктов и ягод только сладких сортов, можно в свежем виде, но лучше в салатах. Из напитков рекомендуются фруктовые и овощные соки, чай с молоком и в небольших количествах суррогатный кофе (из цикория и т. д.).

Поваренная соль разрешается в количестве не более 8-10 г в сутки. Полностью исключаются из рациона лук, чеснок, прочие специи, а также шпинат, щавель, редька, редис. Больной должен полностью отказаться от употребления спиртных напитков.

Калорийность питания составляет 3000 ккал.

Медикаментозная терапия проводится под контролем врача-гастроэнтеролога. Подбор препаратов осуществляется специалистом в соответствии с показаниями. Восстановительные процессы в слизистой оболочке кишки стимулируются посредством биологически активных веществ из экстракта алоэ и т. д.

Если отмечается дуоденостаз, то необходимо воспользоваться препаратами метоклопрамида. При повышенной моторике, напротив, применяются спазмолитики - но-шпа, папаверин. Когда у больного отмечены атрофические процессы в двенадцатиперстной кишке, ему назначаются ферментные препараты - панкурмен, фестал.

Физиотерапевтические процедуры противопоказаны в период обострения или при наличии кишечного кровотечения. Они включают в себя УВЧ-терапию и (особенно при перидуодените) тепловые процедуры. Санаторно-курортное лечение (Дорохово и т. д.) разрешается в восстановительный период.

В отсутствие противопоказаний больному назначается фитотерапия. Курс траволечения предполагает

использование в первую очередь сборов, в состав которых входят растения, обладающие противовоспалительным, антисептическим и вяжущим действием.

Противовоспалительный сбор № 1

Взять по 1 ст. ложке листьев мяты перечной, корневища горца змеиноного, ягод черники и 2 ст. ложки соцветий ромашки аптечной, залить 1 л кипятка и настоять в течение 10—15 мин. Готовый настой процедить и принимать в теплом виде по 1/2 стакана 3–4 раза в день за 20 мин до еды.

Противовоспалительный сбор № 2

Взять 2 ст. ложки листьев шалфея лекарственного и по 1 дес. ложке цветков бессмертника песчаного, плодов тмина, корневища лапчатки прямостоячей и ягод черники, залить 4 гранеными стаканами (0,8 л) кипятка и настаивать 20 мин, после чего процедить. Принимать по 1/2 стакана 2–3 раза в день за 15 мин до еды.

Противовоспалительный сбор № 3

Взять по 1 дес. ложке корня кровохлебки лекарственной, корня солодки голой, корневища горца змеиноного, листьев мяты перечной, соцветий ромашки аптечной, а также плодов черемухи обыкновенной, укропа аптечного (фенхеля), тмина обыкновенного и соплодий ольхи серой, перемешать и 1 ст. ложку смеси залить 1–2 стаканами кипятка, настоять 25–30 мин. Готовый настой процедить и принимать по 1/3 стакана 3 раза в день до еды.

Снижение кишечной моторики чревато дуоденоэстазом. В целях нормализации сокращения гладкой мускулатуры, выстилающей стенки двенадцатиперстной кишки, в составе сборов применяются такие растения, как крушина ольховидная, солодка обыкновенная, укроп аптечный (фенхель), лен посевной и т. д. Почти все приводимые ниже средства действуют послабляюще, поскольку моторика толстого кишечника тоже усиливается.

Сбор от атонии кишечника № 1

Взять по 1 дес. ложке коры крушины ольховидной, корня солодки голой, плодов укропа аптечного (фенхеля), 1 ст. ложку корня алтея лекарственного и 2 ст. лож-

ки целых семян льна посевного. 1 ст. ложку сбора залить 2 стаканами кипятка, настаивать в течение 30 мин и после процеживания принимать по 2/3 стакана 1 раз в день (желательно вечером после еды).

Сбор от атонии кишечника № 2

Взять по 1 ч. ложке корня солодки голой, плодов кориандра посевного, плодов тмина обыкновенного и 7 ч. ложек коры крушины ольховидной, залить 3 чайными стаканами (750 мл) кипятка и настаивать 1 ч. Настой принимать после процеживания по 1/2 стакана на ночь.

Сбор от атонии кишечника № 3

Взять по 1 дес. ложке коры крушины ольховидной, корня солодки голой, плодов укропа аптечного (фенхеля) и по 2 ст. ложки корня алтея лекарственного и льняного семени, залить 1 л кипятка и настаивать 1 ч, после чего процедить и принимать по 1/3 стакана 3 раза в день до еды.

Сбор от атонии кишечника № 4

Взять по 1 ст. ложке травы тысячелистника обыкновенного, листьев вахты трехлистной, 1 ч. ложку плодов тмина обыкновенного и 3 ст. ложки коры крушины ольховидной, перемешать, 1 ст. ложку смеси залить 2 гранеными стаканами (400 мл) кипятка и настаивать 15–20 мин. Готовое средство пить по 3/4 стакана на ночь.

Сбор от атонии кишечника № 5

1 ст. ложку листьев крапивы двудомной, 1 ст. ложку травы донника лекарственного, 3 ст. ложки коры крушины ольховидной залить 1 л кипятка и настаивать 15–20 мин. Полученный настой процедить и принимать по 1/2 стакана на ночь.

Спастические явления при повышенной моторике двенадцатиперстной кишки, которые вызывают усиление болезненных ощущений, устраняются благодаря применению жостера слабительного, аниса обыкновенного, сенны остролистной и т. д.

Сбор при повышенной кишечной моторике № 1

Взять 1 ст. ложку листьев сенны (кассии) остролистной, по 1 дес. ложке плодов жостера слабительного и коры крушины, по 1 ч. ложке корня солодки голой и

плодов аниса обыкновенного, залить 3 чайными стаканами (750 мл) воды и довести до кипения. Отвар принимать по 1/2 стакана вечером.

Сбор при повышенной кишечной моторике № 2

Взять по 1 ст. ложке коры крушины ольховидной и плодов укропа аптечного (фенхеля), по 2 ст. ложки плодов жостера слабительного и корня солодки голой, залить 1,5 л воды и довести до кипения. Отвар принимать по 1 стакану вечером.

В случае слабого кишечного кровотечения, осложняющего заболевание, рекомендуется готовить сборы, которые включают в себя кровохлебку лекарственную, лапчатку прямостоячую, горец птичий, пастушью сумку и т. д.

Сбор от кишечного кровотечения № 1

Взять по 1 ст. ложке корневища лапчатки прямостоячей и корневища кровохлебки и 2 ст. ложки травы пастушьей сумки, залить 1 л воды и довести до кипения. Настой принимать процеженным по 1/2 стакана 3-4 раза в день за 20-30 мин до еды.

Сбор от кишечного кровотечения № 2

Взять по 1 ст. ложке травы лапчатки гусиной и горца птичьего и 2 ст. ложки листьев подорожника большого, залить 1 л кипятка и настаивать 10-15 мин. Принимать после процеживания по 2/3 стакана 3-4 раза в день до еды.

Флегмонозный дуоденит

Острое гнойное воспаление стенок двенадцатиперстной кишки под воздействием гноеродных микробов характеризуется образованием флегмоны - очага нагноения, поэтому называется флегмонозным дуоденитом. По механизму возникновения эта разновидность болезни подразделяется на первичный и вторичный флегмонозный дуоденит.

В случае с первичным дуоденитом происходит непосредственный занос стрепто- и стафилококковой инфекции через слизистую оболочку в подстилающие ткани кишки. Подобное происходит при травмирова-

нии стенок органа инородным телом (нечаянно проглоченной косточкой или другим острым предметом), глубоко изъязвлении тканей, распаде опухоли, росшей ранее на стенке этого органа.

Вторичный флегмонозный дуоденит возникает вследствие проникновения в ткани двенадцатиперстной кишки патогенных микробов, которые разносятся по организму током крови из первичного очага воспаления, локализованного нередко вне пищеварительной системы. Таким очагом может оказаться абсцесс или фурункул.

Начало болезни всегда острое. Симптоматика флегмонозного дуоденита на раннем этапе включает в себя сухость языка, озноб и лихорадку, которую характеризуют резкие перепады температуры (в пределах 2-4 °С).



Рис. 35. Признаки флегмонозного дуоденита

В надчревьѳе ощущаются мучительные боли, обычно локализующиеся в правой подреберной области. Больного часто тошнит, причем тошнота нередко переходит в приступы упорной, непрекращающейся рвоты. Прикосновение к верхней части живота болезненно, мышцы брюшного пресса напряжены. Сердцебиение учащенное.

Диагностировать заболевание затруднительно, обычно болезнь распознается в ходе операции по поводу острого перитонита (воспаления брюшины), который, кстати, является наиболее частым осложнением флегмонозного дуоденита. В числе прочих осложнений следует назвать воспаление клетчатки брыжейки (медиастенит), абсцесс печени, поддиафрагмальный абсцесс, гнойный плеврит, тромбофлебит воротной и селезеночной вен, сепсис.

Эффективно только радикальное лечение. В ходе хирургической операции к двенадцатиперстной кишке подводятся дренажи и тампоны для удаления гноя, а забрюшинная клетчатка обкалывается антибиотиками, что предотвращает дальнейшее распространение инфекции.

В послеоперационный период соблюдается несколько более строгий режим, чем при остальных разновидностях дуоденита. Больному в течение 2-4 недель показан полный физический и эмоциональный покой. Первые 3 дня после операции, если нет противопоказаний, пища принимается мелкими, дробными порциями до 6 раз в день. Калорийность продуктов составляет 1000-1050 ккал (диета № 0). Стол представлен слизистыми крупяными отварами с добавлением сливок, мясным бульоном, протертыми кашами, умеренно сладкими (но не кислыми) фруктовыми желе и обволакивающими киселями. Затем на срок до 1 месяца больной переводится на стол № 1 с ограничением продуктов.

Кишечная липодистрофия

Кишечная липодистрофия, или болезнь Уиппла, представляет собой одну из сравнительно нечасто

встречающихся форм хронического воспаления кишечника (хронического энтероколита). Причина развития кишечной липодистрофии неизвестна. Заболевание встречается преимущественно у мужчин среднего возраста. Оно заключается в том, что воспалительному процессу тонкой и толстой кишок сопутствуют поражение лимфатических узлов брыжейки и синдром нарушенного всасывания.

Поражение брыжейки выражается в том, что в ее лимфатических узлах образуются уплотнения (инфильтраты), формируемые особыми гигантскими клетками - макрофагами. Сходные инфильтраты мож-

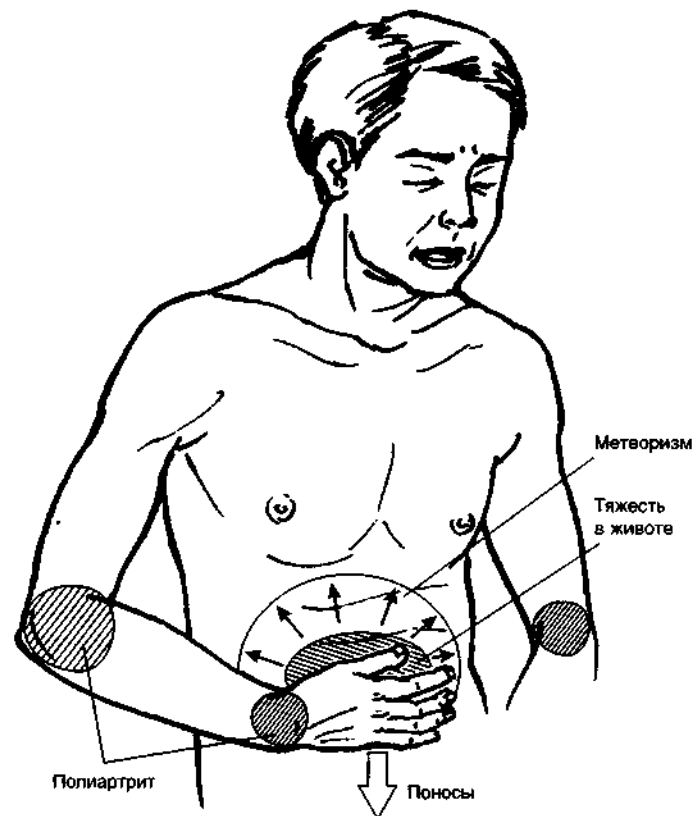


Рис. 36. Симптомы болезни Уиппла

но обнаружить в слизистой оболочке верхнего отдела тонкой кишки, а иногда и в других органах. Брыжеечные кровеносные сосуды расширены, внутри они заполнены взвешенными в крови жировыми частицами. Сосудистая патология проявляется в клинической картине заболевания схваткообразными прогрессирующими болями, но это необязательно.

Патологические изменения в сосудах лимфатической и кровеносной систем приводят к нарушению механизма всасывания ворсинками тонкой кишки тех полезных веществ, которые содержатся в пищевой каше, движущейся по желудочно-кишечному тракту. В результате развивается синдром нарушенного всасывания в своей самой тяжелой форме, для которой характерно нарушение всех видов обменных процессов в организме. Больше всего при липодистрофии страдает липидный обмен (иначе - обмен жиров), отсюда и название этой болезни.

Синдром нарушенного всасывания обычно сочетается с синдромом нарушенного переваривания и выражается в жидком стуле, который по консистенции напоминает расплавленный воск и всегда мажет унитаз. Поносы частые, им сопутствуют метеоризм и чувство тяжести в животе на фоне пониженного аппетита и общей слабости. По мере прогрессирования заболевания отмечаются следующие симптомы.

Вследствие нарушения белкового обмена развивается отеочность. По причине нарушений обмена электролитов и баланса минеральных веществ происходят изменения в костях в виде остеопороза с поражением суставов по типу полиартрита (но без деформации), а в тяжелых случаях — и в виде остеомалиции, т. е. размягчения костной ткани. Нарушение всасывания витаминов приводит к витаминной недостаточности.

Обычно организм испытывает нехватку витаминов группы В, что выражается в развитии В₁₂-дефицитной или фолиево-дефицитной анемии. Недостаток других витаминов выражен несколько слабее, однако дает о себе знать воспалением языка, стоматитом, болью в ногах, кровоточивостью десен. Больше всего страдают

кожные покровы: кожа делается сухой, покрывается трещинками; в некоторых случаях наблюдается развитие экземы или нейродермита; ногти истончаются и становятся ломкими.

Точно диагностировать заболевание позволяют пигментация кожи и увеличение лимфатических узлов, которые хорошо прощупываются при самоосмотре. Кроме того, иногда на наличие кишечной липодистрофии указывают признаки поражения оболочек сердца - эндокардита и перикардита (сердечные боли, глухие шумы в грудной клетке).

Лечение болезни консервативное, опирается на использование анаболических и кортикостероидных гормонов, антибиотиков, спазмолитиков, глюкозы, препаратов желчных кислот. Остро необходим прием витаминных препаратов, в первую очередь витаминов группы В и ретинола (витамина А), способствующего их ускоренному и полноценному усвоению организмом.

Коррекция обменных нарушений основывается на специальной диете с повышенной калорийностью и большим количеством белка, поскольку белок активизирует процессы всасывания витаминов. Большое значение для улучшения пищеварения имеет использование эубиотиков - абсолютно безвредных препаратов сухих бактерий для нормализации состава кишечной микрофлоры. Полезные микроорганизмы, постоянно заселяющие кишечник человека, помогают клеткам слизистой оболочки кишок всасывать питательные вещества, а заодно вырабатывают витамины группы В, которые усваиваются человеческим организмом.

При любом энтероколите состав микрофлоры нарушен вследствие развития воспалительного процесса. Восстановление микрофлоры будет способствовать устранению многих негативных явлений, сопутствующих болезни Уиппла. К применению (внутри или в виде свечей) рекомендуют такие препараты, как бифидумбактерин, бификол и колибактерин.

Основное лечение непременно должно дополняться фитотерапией. Главным образом рекомендуется использовать сборы, компоненты которых оказывают

противовоспалительное, антисептическое и вяжущее действие. К таким травам относятся ольха серая, черемуха обыкновенная, черника обыкновенная, горец змеиный, лапчатка прямостоячая и т. д.

Антисептический сбор № 1

Взять по 1 ч. ложке плодов тмина обыкновенного, укропа аптечного (фенхеля) и черемухи обыкновенной, соплодий ольхи серой, соцветий ромашки аптечной, листьев мяты перечной, травы зверобоя продырявленного, корня алтея лекарственного и солодки голой, корневища горца змеиного, залить 3 чайными стаканами (750 мл) кипятка и настаивать 20 мин. Полученный настой принимать по 1/3 стакана 3 раза в день до еды.

Антисептический сбор № 2

2 ст. ложки плодов черники обыкновенной и 3 ст. ложки плодов черемухи обыкновенной залить 1 л воды и довести до кипения. Принимать после процеживания по 1/4 стакана 3-4 раза в день.

Антисептический сбор № 3

1 ч. ложку корневища горца змеиного и 3 ч. ложки соплодий ольхи серой залить 1 стаканом кипятка и настаивать 10-15 мин. Полученный настой процедить и принимать по 1/2 стакана 3 раза в день.

Антисептический сбор № 4

1 ч. ложку корневища лапчатки прямостоячей и 4 ч. ложки корневища горца змеиного залить 2 чайными стаканами (500 мл) кипятка и настаивать 40 мин. Настой процедить и принимать по 1/4 стакана 3-4 раза в день.

Не менее необходимы бывают растительные средства, которые уменьшают спазмы кишечника. Сборы такого рода содержат валериану лекарственную, вахту трехлистную, донник лекарственный, мяту перечную, ромашку аптечную и т. д.

Антиспастический сбор № 1

Взять по 1 дес. ложке коры крушины ольховидной, семян горчицы сарептской и плодов аниса обыкновенного, 1 ст. ложку корня солодки голой, 1 ч. ложку травы тысячелистника обыкновенного, перемешать, 1 ст. ложку смеси залить 2 гранеными стаканами (400 мл) воды и

довести до кипения, после чего подержать на огне еще 10 мин. Полученный отвар принимать после процеживания по 1/2 стакана 2 раза в день, утром и вечером.

Антиспастический сбор № 2

Взять по 1 ст. ложке листьев крапивы двудомной и коры крушины ольховидной, по 1 ч. ложке корня валерианы лекарственной и корневища аира болотного, 1 дес. ложку листьев мяты перечной, залить 3 гранеными стаканами (600 мл) кипятка и настаивать 25-30 мин. После процеживания принимать по 1/2 стакана 2 раза в день, утром и вечером.

Антиспастический сбор № 3

Взять по 1 ст. ложке листьев вахты трехлистной и травы донника лекарственного, 1 ч. ложку плодов тмина обыкновенного, 2 ст. ложки коры крушины ольховидной. Залить 1 л кипятка и настаивать 35-40 мин. Процедить и принимать по 3/4 стакана на ночь. Настой обладает легким послабляющим действием.

Антиспастический сбор № 4

Взять по 1 ч. ложке плодов аниса обыкновенного и укропа аптечного (фенхеля), 2 ч. ложки листьев мяты перечной, 2 ст. ложки соцветий ромашки аптечной, залить 3 гранеными стаканами (600 мл) кипятка и настаивать 20 мин. Принимать процеженным по 1/3 стакана 3 раза в день после еды.

Нарушения минерального обмена и дегенеративные изменения в костях также эффективно лечатся методами фитотерапии. Рекомендуется использовать настои, нормализующие процессы в пораженных костной и хрящевой тканях и оказывающие на организм общеукрепляющее, болеутоляющее и противовоспалительное действие. С этой целью полагается использовать сборы, включающие такие растения, как бузина черная, крапива двудомная, береза бородавчатая, фиалка трехцветная и т. д.

Сбор при нарушениях минерального обмена № 1

Взять по 1 ст. ложке листьев черной смородины, листьев брусники обыкновенной и плодов шиповника коричневого, залить 3 гранеными стаканами (600 мл) кипятка и настаивать 20-25 мин. Готовый настой

принимать процеженным по 1 стакану 2 раза в день до еды.

Сбор при нарушениях минерального обмена № 2

2 ст. ложки коры ивы белой, 1 ст. ложку листьев березы бородавчатой, 1 ч. ложку цветков бузины черной залить 3 чайными стаканами (750 мл) кипятка и настаивать 15-20 мин. Полученное средство процедить и принимать по 1/2 стакана 4 раза в день до еды.

Сбор при нарушениях минерального обмена № 3

Взять по 1 ст. ложке листьев березы бородавчатой, листьев крапивы двудомной и травы фиалки трехцветной, залить 4 гранеными стаканами (800 мл) кипятка и настаивать 15 мин. Процедить и принимать по 1/2 стакана 5-6 раз в день на пустой желудок.

Сбор при нарушениях минерального обмена № 4

Взять по 1 ст. ложке цветков бузины черной, листьев крапивы двудомной, коры ивы белой и корня петрушки огородной. Перемешать, залить 1 ст. ложку смеси стаканом кипятка и настаивать 15-20 мин. Принимать после процеживания по 1/2 стакана 4 раза в день до еды.

При развитии воспалительного процесса оболочек сердца используются сборы, включающие растения, которые богаты салициловыми соединениями, органическими кислотами, аскорбиновой кислотой, витаминами К, Р и группы В. Такие сборы оказывают противовоспалительное, антибактериальное, противоотечное, успокаивающее, жаропонижающее и болеутоляющее действие. Растения, входящие в состав рекомендуемых сборов, представлены шиповником коричневым, смородиной черной, рябиной обыкновенной.

Противоревматический сбор № 1

Взять по 2 ч. ложки плодов шиповника коричневого, смородины черной и рябины обыкновенной, залить 3 чайными стаканами (750 мл) кипятка и настаивать 1 ч. Готовый настой процедить, подсластить по вкусу и принимать по 1/2 стакана 3-4 раза в день.

Противоревматический сбор № 2

Взять по 2 ст. ложки плодов шиповника коричневого и брусники обыкновенной, залить 500 мл кипятка и

настаивать 35-40 мин. Полученный настой процедить и принимать по 1/2 стакана 3 раза в день.

Противоревматический сбор № 3

1 ст. ложку листьев крапивы двудомной и 3 ст. ложки плодов рябины обыкновенной залить 1 л кипятка и настаивать 30 мин. Полученный настой процедить и принимать по 1/2 стакана 3 раза в день.

Противоревматический сбор № 4

3 дес. ложки плодов шиповника коричневого, 1 дес. ложку плодов брусники обыкновенной и 1 ст. ложку листьев крапивы двудомной залить 3 чайными стаканами (750 мл) кипятка и настаивать 25-30 мин. Готовый настой принимать после процеживания по 1/2 стакана 3 раза в день.

Противоревматический сбор № 5

Взять по 1 ст. ложке плодов шиповника коричневого, листьев крапивы двудомной, корнеплода моркови посевной и 1 дес. ложку плодов смородины черной, залить 1 л кипятка и настаивать 1 ч. Настой принимать процеженным по 1/2 стакана 3-4 раза в день.

Противоревматический сбор № 6

Взять по 2 ст. ложки плодов шиповника коричневого и малины обыкновенной, залить 0,5 л кипятка и настаивать 40-50 мин. Готовое средство процедить и принимать по 1/3 стакана 2-3 раза в день.

Противоревматический сбор № 7

Взять по 1 ст. ложке плодов шиповника коричневого, брусники обыкновенной, малины обыкновенной и листьев смородины черной, залить 1-1,2 л кипятка и настаивать 1 ч. Процедить и принимать по 1/2 стакана 2 раза в день.

Анемия (малокровие) должна лечиться посредством специально проводимой терапии, основанной на применении витаминных препаратов. Однако допустимо устранять явления анемичности, применяя препараты, в состав которых входят растения, богатые железом, аскорбиновой кислотой и витаминами группы В: шиповник коричневый, земляника лесная, облепиха обыкновенная, клюква болотная, боярышник кроваво-красный, калина обыкновенная и т. д.

Сбор от малокровия № 1

Взять по 1 ст. ложке плодов шиповника коричневого, боярышника кроваво-красного и клюквы болотной, залить 3 гранеными стаканами (600 мл) кипятка и дополнительно кипятить 10 мин. Готовое средство процедить и принимать по 1/2 стакана 2 раза в день.

Отвар коры калины обыкновенной

2 ст. ложки коры калины залить 1 граненым стаканом кипятка и дополнительно кипятить 10 мин, после чего настаивать 4 ч и принимать процеженным по 1/3 стакана 3 раза в день.

Земляничный чай

1 ст. ложку листьев земляники лесной залить 1 чайным стаканом кипятка и настаивать 10-15 мин. Полученный настой процедить и принимать по 1 ст. ложке 3-4 раза в день.

Диетический салат из плодов облепихи

4 ст. ложки плодов облепихи обыкновенной засыпать 2 ст. ложками сахара, выдержать 30 мин и тщательно перемешать. Принимать по 1-2 ч. ложки 3-4 раза в день после еды.

Прокталгия

Анально-копчиковый синдром по встречаемости среди остальных аноректальных заболеваний уступает первое место, как представляется медикам, исключительно геморрою. Это болевой синдром, который у женщин протекает почти всегда в форме кокцигодинии, т. е. охватывает сразу область ануса, прямой кишки и копчика. У мужчин же нередко встречается такая форма заболевания, как прокталгия, под которой понимаются боли, локализующиеся в области прямой кишки и заднепроходного отверстия.

Болевые ощущения отличаются значительной интенсивностью и длительностью. Чаще всего они возникают во время акта дефекации, при длительном сидении (например во время работы за компьютером), а также ночью, во время сна. К этим симптомам добавляются крайне неприятные ощущения в промежности

и тазобедренном суставе. Дискомфорт в области промежности отчасти напоминает болевые симптомы, характерные для таких воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы, как цистит и везикулит.

Течение заболевания длительное, обычно продолжающееся несколько лет, причем болевые ощущения с годами нередко нарастают. Причины прокталгии не установлены. В редких случаях удается связать это заболевание с травмой крестца или копчика, отрывом верхушки копчика, остеохондрозом, спондилезом, урологическим заболеванием или повышенной реакцией на изменения погоды. Установлено, что долгое сидение в туалете (например по причине запоров) также может спровоцировать развитие анально-копчикового синдрома, который в этом случае называется ану-салгией, или летучей прокталгией.

В некоторых случаях прокталгия сопровождается спазмом мускулатуры промежности и ануса. Выявить такой спазм можно, проведя несложный опыт. Нужно взять тонкую пластиковую палочку с закругленным концом, обработать ее вазелином и ввести на 2 см в прямую кишку. Предварительно следует сделать следующее: смочить тряпочку холодной водой, слегка отжать и приложить к мошонке. В этот момент мышцы ануса расслабляются, так что в отсутствие спазма ввести на 2 см палочку в прямую кишку будет несложно. Однако если имеет место спазм мускулатуры в этой области, то палочка легко зайдет только на глубину 1 см, а затем будет продвигаться с трудом. Опыт на этом нужно прекратить, чтобы не травмировать слизистую прямой кишки.

Лечение анально-копчикового синдрома обычно основано на приеме транквилизаторов, посещении физиотерапевтических процедур и соблюдении щадящей диеты. Из рациона исключаются те продукты, которые способствуют развитию метеоризма или запоров, образованию твердого кала или каловых завалов. Поскольку причины болезни в большинстве случаев неизвестны, лечение сводится к элементарному обезболиванию. Большое значение для эффективного снижения

боли имеют такие меры, как новокаиновые блокады, блокады со стероидными препаратами, горячие аппликации (грязевые), прием различных ванн, электростимуляция.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ

Естественно, подобные болезни более многочисленны, чем те, которые свойственны главным образом представителям сильной половины человечества. Однако заболеваний с ярко выраженными отличиями в этиологии (происхождении) и течении не так уж много. Основные из них - хронический эзофагит, проктит и дуоденальная язва. При этом хронический эзофагит обладает спецификой только тогда, когда возникает как вторичное заболевание, а проктит - когда вызывается хламидийной инфекцией.

Вторичный хронический эзофагит

Вторичным хроническим эзофагитом называется хроническое воспаление пищевода, развившееся при каком-либо другом заболевании этого органа или других органов и систем. Часто вторичный хронический эзофагит бывает обусловлен кардиоспазмом пищевода, дивертикулами, полипами, стенозами.

Многочисленны случаи, когда причиной болезни выступали воспалительный процесс носоглотки, гаймориты, бронхолегочные заболевания, гипертония, недостаточность кровообращения, развивающаяся железодефицитная анемия. Несколько реже эзофагит провоцируется язвой пищевода. Известны и другие причины. У мужчин частый фактор развития эзофагита - рак пищевода, что почти не наблюдается у женщин.

Симптоматика обычно выражена нерезко. Больной испытывает постоянное слабое жжение за грудиной, маловыраженные боли во время приема пищи. Еда проходит в желудок с трудом, ощущения при глотании и последующем продвижении кусков очень неприятные. Больному приходится обильно запи-

вать даже мягкую и тщательно измельченную пищу. Мужчину потом может мучить отрыжка или длительная икота. Во время отрыжки нередко происходит срыгивание пищи и жидкости. Часто прием пищи сопровождается приступом тошноты, легко переходящей в рвоту.

Течение заболевания длительное, но осложнения наблюдаются сравнительно редко. В числе типичных осложнений вторичного хронического эзофагита следует назвать сужение (стеноз) пищевода по причине рубцевания пораженных участков слизистой оболочки.

Лечение преимущественно диетическое, сходное с таковым при язвенной болезни желудка (см. главу 3).

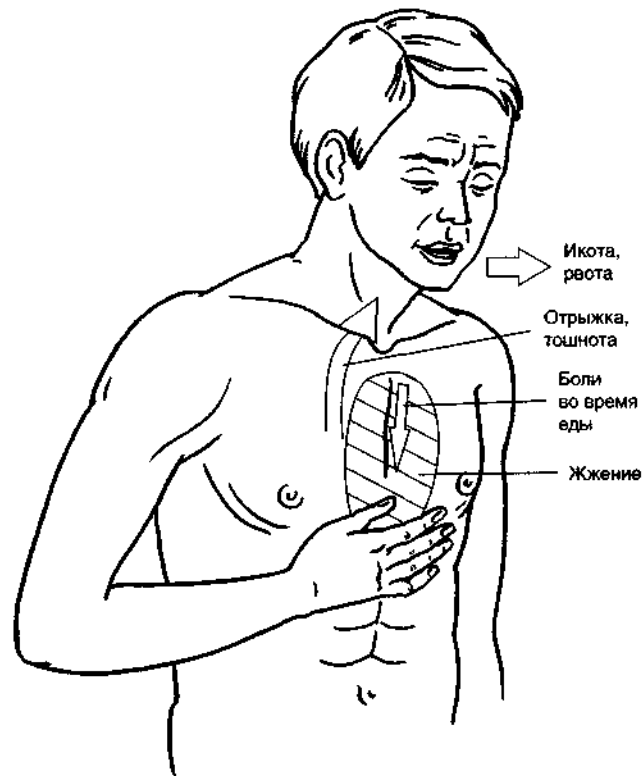


Рис. 37. Симптоматика вторичного хронического эзофагита

Обезболивающие препараты (анестезин внутрь и т. д.) и противоспастические средства прописываются врачом. Обязателен прием седативных средств, поскольку возбуждение нервной системы приводит к спазмам пищевода и нарушению трофики его слизистой оболочки, чем усугубляет течение болезни.

Пища должна быть преимущественно жидкой. Очень полезны для больного слизистые каши и супы, обладающие обволакивающим действием. Нехватка овощей, фруктов и ягод компенсируется приемом витаминных препаратов, в особенности показаны при данном заболевании ретинол и бета-каротин.

В качестве дополнительных обволакивающих и успокаивающих средств следует назвать некоторые растительные масла, в первую очередь масло из плодов лимонника китайского, корней и корневищ атрактилиса, кедрового ореха, семян калины обыкновенной.

Масло лимонника содержит схизандрин, проявляющий стимулирующее и общеукрепляющее воздействие на живые ткани. Кроме того, в масле лимонника обнаружены полиненасыщенные жирные кислоты, обладающие F-витаминной активностью и ускоряющие восстановительные процессы. Благодаря этому масло обладает противовоспалительными свойствами и противораковой активностью, а также нормализует процессы пищеварения. В случае передозировки масло лимонника может вызвать повышение артериального давления и нарушение сна, поэтому вечером принимать данное средство нежелательно.

Масло из кедровых орешков, т. е. семян кедра, содержит витамины D, E и F, а кроме того, ненасыщенные жирные кислоты, аминокислоты и микроэлементы. Оно снимает воспаление пищевода, нормализует работу всего желудочно-кишечного тракта, предупреждает развитие рака пищевода и желудка.

Масло из семян калины обыкновенной в большом количестве содержит такие ценные для больного хроническим эзофагитом биостимуляторы, как витамин E и каротин. Кроме того, прием этого масла улучшает работу всех органов пищеварения благодаря наличию

в нем ненасыщенных жирных кислот и комплекса микроэлементов.

Масло атрактилиса ценно тем, что содержит много каротина, а также другие биологически активные вещества — атрактилон, атрактилол, азуленогены, ароматендрен, кумарины. Оно повышает аппетит, успокаивающе действует на пищевод и желудок, устраняет явления изжоги, оказывает стимулирующее и антибактериальное действие.

В профилактике вторичного хронического эзофагита ведущую роль играют своевременная санация ротовой полости и придаточных пазух носа, удаление миндалин при необходимости, тщательное лечение хронического воспалительного процесса бронхов и легких, профилактика и правильно подобранное лечение рака пищевода.

Невроз желудка и кишечника

Это заболевание заключается в диспепсических, секреторных и моторных нарушениях пищеварительного тракта по причине негативных внешних воздействий на организм в целом и, в частности, на нервную систему. Эти воздействия могут быть разнообразны. Чаще всего заболевание протекает как желудочно-кишечная (абдоминальная) сенсация, т. е. способ выражения бурных эмоций в ответ на личные конфликты, тяжелые переживания, страхи и прочие сильные стрессы. У мужчин невроз желудка и кишечника может быть обусловлен тяжелым состоянием психики при импотенции или рефлекторным воздействием, исходящим от простаты при органических заболеваниях этой железы.

Наибольшему риску невроза желудка и кишечника подвергаются лица, страдающие неврозами. Однако зачастую подобное расстройство возникает и у людей уравновешенных. Клиническая картина очень разнообразна. При неврозе желудка часто наблюдаются ощущения напряжения, дискомфорта и переполненности (реже - пустоты) в желудке. По мере развития невроза могут возникнуть слабые боли, мигрирующие

по всему животу. Несколько реже эти боли имеют четкую локализацию: покалывает под ложечкой или в подреберных областях.

В более тяжелых случаях возможны отдельные признаки «хронического гастрита», в действительности связанные не с гастритом, а с некоторым рефлекторным понижением кислотности пищеварительного сока и накоплением в желудке слизи. При этом отмечаются отрыжка, тошнота, вздутие живота (с чувством давления), болезненные ощущения. Язык обложен, потребность в еде какое-то время полностью отсутствует.

При неврозе кишечника отмечаются частые позывы к испражнению, диарея (реже - спастические запоры), урчание в животе. Затем в животе отмечаются колющие боли, чувство распирания и жжения. После нескольких глотков возникает ощущение переполненности желудка.

По ночам эти ощущения усиливаются. Психологически больной готовится к ним, в результате чего перевозбуждается, что способствует развитию бессонницы. Во время бессонной ночи могут наступить приступы тошноты. Эмоциональное состояние ухудшается настолько, что к утру возникает нестерпимая боль в надчревной области, сходная с болью при дуоденальной язве (см. ниже).

Функциональные нарушения пищеварительной системы, возникающие на почве депрессий, при отсутствии должной медицинской помощи приводят к развитию более тяжелых заболеваний. По меньшей мере 80 % всех случаев расстройств желудочно-кишечного тракта, требующих серьезного лечения, возникли из запущенного невроза желудка и кишечника.

Лечение подбирается врачом-невропатологом в соответствии с типом нервной системы больного. Очень важна диетотерапия, которая предполагает плавный переход от легкой пищи к обычному меню. Из рациона на весь период лечения исключаются продукты, способные подвергаться быстрому брожению, а также специи и пряности. Также воспрещается в это время употреблять спиртные напитки.

Благоприятно действуют на состояние кишечника клизмы с отваром ромашки, в который можно (при наличии показаний) добавлять препараты брома.

Из физиотерапевтических процедур чрезвычайно полезны теплые расслабляющие ванны, в которые можно добавлять настои или отвары лекарственных растений, обладающих выраженным седативным эффектом, например мяты и Melissa.

Седативный сбор

2 ч. ложки листьев Melissa, 3 ч. ложки листьев мяты перечной, 1-2 ч. ложки травы тысячелистника, 1 ч. ложку травы полыни горькой залить 2-3 стаканами кипятка и варить в течение 15 мин. Готовый отвар процедить и слить в ванну. Ванну принимать 5-8 мин.

Кроме ванн на основе растительного сырья можно готовить настои и отвары для приема внутрь. Для получения этих лекарственных форм рекомендуются такие растения, как валериана лекарственная, душица обыкновенная, пустырник сердечный и т. д. Перечисленные виды содержат вещества, благотворно влияющие на состояние нервной системы при неврозах, чрезмерном возбуждении, раздражительности, бессоннице, а также негативных психических состояниях, которые спровоцированы расстройствами потенции или внутренними болями.

Настой валерианы лекарственной

1 ст. ложку корня валерианы залить 1 граненым стаканом кипятка, настаивать 1 сутки и, процедив, принимать по 1 ст. ложке 3 раза в день за 20 мин до еды.

Настой душицы обыкновенной

1 дес. ложку травы душицы залить 1 граненым стаканом кипятка, настаивать 25-30 мин, процедить и принимать по 1 ст. ложке 3 раза в день.

Настой пустырника сердечного

1 дес. ложку травы пустырника залить 1 чайным стаканом кипятка и настоять в течение 20 мин. Готовый настой процедить и принимать по 1 ст. ложке 2-3 раза в день.

Сбор от нервной возбудимости № 1

Взять по 1 ст. ложке корня валерианы лекарственной, травы пустырника сердечного, плодов укропа огородного (фенхеля) и тмина обыкновенного, залить 1 л кипятка и настаивать 40 мин. Полученное средство процедить и принимать по 1/2 стакана 2-3 раза в день.

Сбор от нервной возбудимости № 2

2 ст. ложки плодов тмина обыкновенного, 2 дес. ложки соцветий ромашки аптечной, 1 ст. ложку корня валерианы лекарственной залить 1 л кипятка, настаивать 1 ч и процедить, после чего пить по 1/3 стакана 3 раза в день.

Ощущения дискомфорта в желудке и кишечнике, сопутствующие абдоминальным ощущениям, устраняются посредством трав, которые проявляют антиспастические и седативные свойства: ромашки аптечной, мяты перечной, тысячелистника обыкновенного, лапчатки прямостоячей и т. д.

Сбор от абдоминальных ощущений № 1

Взять по 1 ст. ложке травы тысячелистника обыкновенного и хвоща полевого, по 1 дес. ложке травы полыни горькой и лапчатки прямостоячей, залить 3 чайными стаканами (750 мл) кипятка и настоять 25-30 мин. Готовое средство процедить и принимать по 1/2 стакана 3 раза в день.

Сбор от абдоминальных ощущений № 2

Взять 3 ст. ложки соцветий ромашки лекарственной, 1 ст. ложку листьев мяты перечной и по 1 дес. ложке плодов укропа аптечного и корня валерианы лекарственной, залить 1 л кипятка и настоять 30 мин. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день.

Сбор от абдоминальных ощущений № 3

Взять 2 дес. ложки соцветий ромашки лекарственной, по 1 ст. ложке листьев мяты перечной и корня валерианы лекарственной, по 1 дес. ложке корня аира болотного и плодов укропа аптечного, залить 1 л кипятка и настаивать 40 мин. Принимать по 1/2 стакана 2-3 раза в день.

Использовать средства фитотерапии желательно также при лечении тех заболеваний, которые обусло-

вили развитие невроза желудка и кишечника. В частности, при эректильной дисфункции показаны фитопрепараты, повышающие мужскую силу (см. главу 4), а при простатите - снимающие воспалительный процесс в малом тазу и купирующие боли (см. главу 2).

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

Образование язв на слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки (дуоденальных язв) происходит под влиянием различных факторов, в числе которых следует назвать нарушения нервной и гормональной регуляции слизистой оболочки, воздействие определенных лекарственных препаратов и алкоголя, аллергические реакции, осложнения туберкулеза и сифилиса, а также некоторые другие. Особенностью появления этой болезни у мужчин является то, что язва может возникнуть из-за дисфункции половых желез.

Предрасположенность к этому заболеванию повышена у лиц, подверженных стрессам, часто переутомляющихся, страдающих хроническим заболеванием слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (обычно хроническим дуоденитом) или нарушением функций поджелудочной железы. В некоторых случаях предрасположенность может носить наследственный характер.

Чаще всего механизм развития этого заболевания следующий. В двенадцатиперстную кишку поступает из желудка пищеварительный сок, чрезмерно насыщенный хлористоводородной кислотой и пепсином. Здесь сок зачастую слабо нейтрализуется щелочным секретом поджелудочной железы и желчью, что лишь способствует его интенсивному воздействию на клетки слизистой оболочки кишки. В результате на этом участке кишечника развиваются процессы эрозии и изъязвления, ведущие к образованию хронической пептической язвы.

Ведущим симптомом дуоденальной язвы являются голодные боли, утихающие почти сразу же после приема пищи, а также поздние боли, возникающие спустя

примерно 2-3 ч после трапезы. Также нередко ночные боли. Интенсивность болевых ощущений может быть различна, локализация также многообразна: и подложечная область, и правое подреберье. Боли иррадиируют в самые разные отделы живота и другие части тела. Характер питания обычно никак не влияет на силу болевых ощущений. Зато замечено, что болевые приступы более характерны для весны и осени.

Кроме того, больной жалуется на изжогу, отрыжку, кислые срыгивания, рвоту. Приступы рвоты наблюдаются преимущественно в период обострения. Они почти всегда приносят облегчение, поэтому нередко вызы-

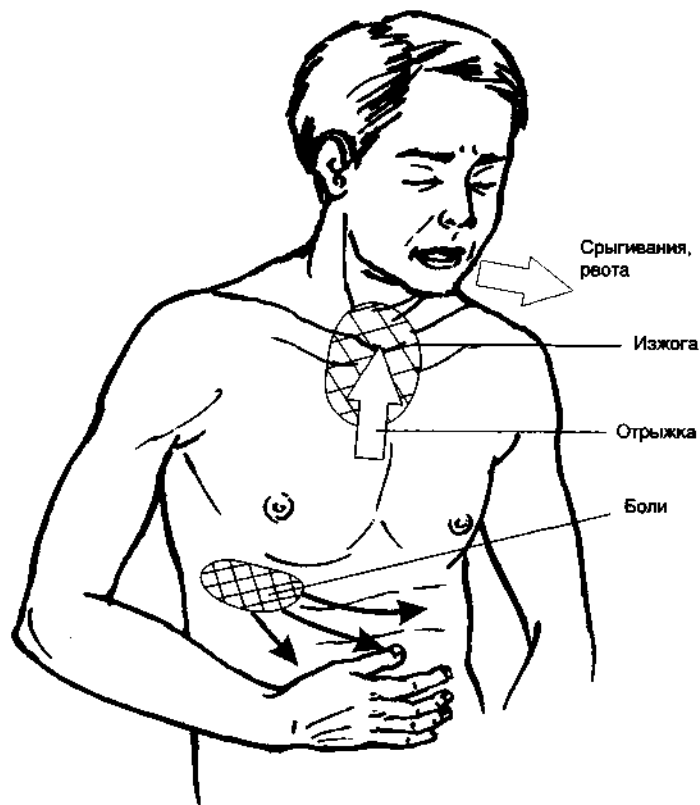


Рис. 38. Признаки дуоденальной язвы

ваются больным искусственно. Наряду с признаками диспепсии возможны запоры. У больного отмечаются повышенная потливость и обложенность языка.

Самым частым осложнением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является пенетрация, т. е. прободение язвы в различные органы. Для пенетрации характерны острые боли, тошнота, рвота и нарушение функций затронутых органов. Если боли постоянно нарастают, усиливаются при движении, а их ритм меняется, то можно говорить о сопутствующем осложнении - перивисцерите. Перфорация (прободение в брюшную полость) дуоденальной язвы встречается гораздо реже перфорации язвы желудка.

Когда дуоденальной язве сопутствует стеноз начального отдела верхней части (луковицы) двенадцатиперстной кишки, у мужчины могут отмечаться чувство тяжести в эпигастральной области, застойная рвота, тухлая отрыжка, «плеск» в желудке, гиперперистальтика, т. е. ощущение ритмичных сокращений кишечника. Озлокачествления клеток дуоденальной язвы почти никогда не происходит.

Больному требуются спазмолитики, воздействующие на гладкую мускулатуру (но-шпа, папаверин). Оправданно применение регенераторов, которыми являются биостимуляторы, способствующие заживлению язвы (апилак, витамины, алоэ).

Если при язвенной болезни у мужчины отмечается повышенная кислотность желудочного сока, то обязателен прием средств для нейтрализации кислоты. К этим средствам относятся антациды, адсорбенты, а также препараты комплексного действия. Обычно подобное наблюдается в том случае, если язвенной болезни сопутствует гиперацидный гастрит. Тогда показаны более строгая диета, умеренное употребление в лечебных целях минеральных вод, применение дополнительных медикаментов (метилурацила и других - смотря по показаниям).

Непременным условием выздоровления являются прием седативных препаратов и постельный режим после рабочего дня, поскольку эмоциональный и физиче-

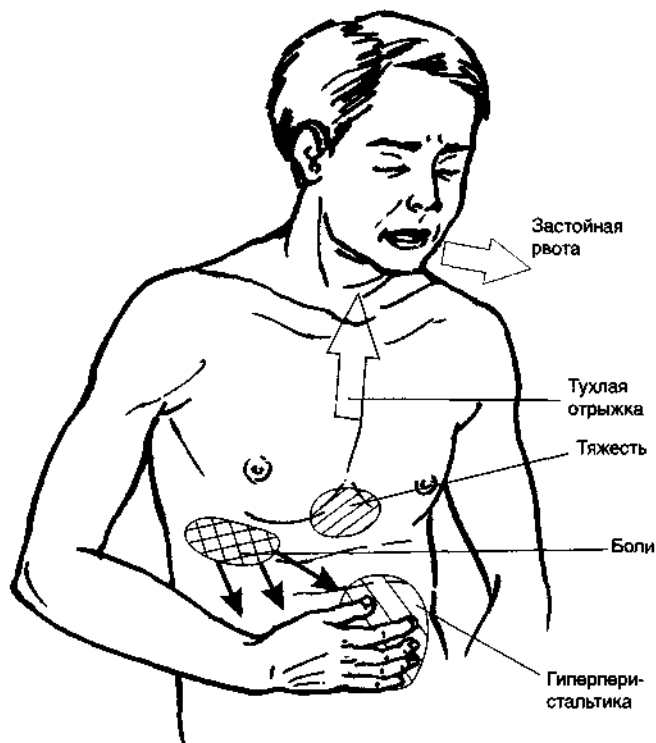


Рис. 39. Симптомы стеноза луковицы двенадцатиперстной кишки

ский покой считается основной терапевтической мерой при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Строгий постельный режим длительностью около 1 месяца необходим в период острого течения заболевания.

На протяжении всего этого срока мужчина придерживается щадящей диеты (стол № 1 по Певзнеру). Первые 15 дней калорийность питания не должна превышать 2000 ккал. Больному дают слизистые супы, протертые каши, паровые суфле, шиповниковый отвар и т. д. Затем калорийность диеты повышается до 2500 ккал, однако состав продуктов остается приблизительно тем же: слизистые супы, белые сухари, паровое или вареное мясо, кисели.

По завершении месяца строгой диеты, когда больной переходит на восстановительный этап лечения, калорийность питания повышается до 3000 ккал, а стол обогащается протертыми вареными овощами (кроме капусты), молочными супами и протертыми кашами, яйцами всмятку, печеными фруктами.

Траволечение играет немаловажную роль при ведении больного дуоденальной язвой в восстановительный период. Показаны сборы, включающие растения, которые оказывают болеутоляющее, противовоспалительное и спазмолитическое действие, а также устраняют явления отрыжки и изжоги. К этим растениям относятся чистотел большой, ромашка аптечная, зверобой продырявленный, тысячелистник обыкновенный и т. д.

Сбор от язвенной болезни № 1

Взять по 1 ст. ложке травы зверобоя продырявленного, тысячелистника обыкновенного и соцветий ромашки аптечной и 1 дес. ложку травы чистотела большого, залить 3 чайными стаканами (750 мл) кипятка и настаивать 20 мин. Готовое средство принимать по 1 стакану 2-3 раза в день до еды.

Сбор от язвенной болезни № 2

Взять по 1 ст. ложке травы золототысячника зонтичного, зверобоя продырявленного, сушеницы болотной, листьев мяты перечной, соцветий ромашки аптечной, залить 1 л кипятка и отваривать в течение 15 мин, не доводя до кипения. Готовый отвар процедить и принимать по 1/2 стакана за 40 мин до еды.

Сбор от язвенной болезни № 3

2 ст. ложки липового цвета и по 1 ст. ложке плодов укропа аптечного (фенхеля) и соцветий ромашки аптечной залить 3 чайными стаканами (750 мл) кипятка и настаивать 15-20 мин. Полученный настой принимать после процеживания по 1-3 стакана утром натощак.

Если боли довольно сильны, то показано принимать поочередно курсами настои на основе двух нижеследующих сборов. Каждый из настоев принимается в течение 10 дней, после чего заменяется другим настоем (новый курс). Общая длительность лечения составля-

ет 2 месяца, т. е. программа включает в себя по 3 таких курса.

Сбор для курса № 1

Взять по 1 ст. ложке цветков календулы лекарственной (ноготков) и листьев мать-и-мачехи, 1 ч. ложку соцветий ромашки аптечной, залить 2 чайными стаканами (500 мл) кипятка и настаивать 10 мин. Полученное средство принимать процеженным по 1 ст. ложке 3-4 раза в день за 15 мин до еды.

Сбор для курса № 2

По 1 ст. ложке травы зверобоя обыкновенного и листьев подорожника большого, 1 ч. ложку соцветий ромашки аптечной залить 2 чайными стаканами (500 мл) кипятка и настаивать 10 мин. Полученное средство принимать после процеживания по 1 ст. ложке 3-4 раза в день за 20 мин до еды.

Парапроктит

Парапроктитом называется воспаление клетчатки, окружающей прямую кишку. Заболевание относится к инфекционным. При парапроктите у женщин патогенные микробы проникают в клетчатку непосредственно (при ранениях) либо по кровеносным сосудам в случае тромбофлебита геморроидальных вен. У мужчин подобное наблюдается сравнительно редко. В большинстве случаев занос инфекции происходит по лимфатическим или кровеносным сосудам с предстательной железой, пораженной воспалительным процессом (простатитом). По мере развития заболевание быстро переходит в гнойную форму с образованием абсцесса, который вскрывается в кишку или через кожу наружу.

Характерными признаками парапроктита являются высокая температура, ознобы и наличие болезненного уплотнения в прямой кишке, которое можно нащупать, если ввести через анус палец на глубину 6-7 см. Иногда возникают болевые ощущения во время дефекации, кожа вокруг заднего прохода припухает (отекает), становится болезненной и покрасневшей. Общее состояние больного нередко тяжелое. Обнаруженное в пря-

мой кишке уплотнение спустя 1-2 дня превращается в абсцесс.

Типичным осложнением запущенного парапроктита, который либо слишком поздно был подвергнут хирургическому лечению, либо вскрылся самостоятельно в прямую кишку, является свищ заднего прохода и прямой кишки. Свищ может быть полным (когда одно из отверстий открывается наружу, а другое в кишку) и неполным (когда имеется только одно отверстие - внутреннее в кишку или наружное на коже). Из свища постоянно выделяются гной и слизь, пачкающие белье и вызывающие раздражение кожи, что приводит к развитию экземы. Самостоятельно ректальный свищ не заживает.

На раннем этапе, до образования абсцесса, лечение консервативное. Нередко бывают допустимы теплые ванны, теплые микроклизмы, грелки на промежность. Мужчина принимает анальгетики для купирования боли. Воспалительный процесс подавляется приемом антибиотиков, прописанных врачом. После операции, которая проводится в целях предупреждения самостоятельного вскрытия абсцесса (а стало быть, до образования свища), показаны курс антибиотиков и применение ректальных тампонов с мазью Вишневского.

Профилактика заболевания заключается главным образом в своевременном и эффективном лечении инфекций половых органов, в особенности простаты (см. главу 2), а также в ведении здорового, подвижного образа жизни, что исключает развитие тромбофлебитов.

Восстановительное лечение в послеоперационный период и вторичная профилактика парапроктита предполагают широкое применение средств фитотерапии, обладающих противовоспалительным, антисептическим и тромболитическим действием. К таким средствам относятся фитопрепараты барвинка малого, ромашки аптечной, солодки голой, зверобоя продырявленного и т. д.

Настой травы барвинка малого

1 ч. ложку травы барвинка залить 1 граненым стаканом кипятка и настаивать 15-20 мин, процедить и затем принимать по 1 ст. ложке 2-3 раза в день.

Осторожно: все препараты барвинка малого обладают выраженным гипотензивным действием и не могут использоваться лицами с пониженным давлением!

Отвар травы барвинка малого

1 ст. ложку травы барвинка залить 1 чайным стаканом кипятка и прогревать на слабом огне в течение 20 мин, не доводя до кипения. Полученное средство остудить под струей холодной воды, процедить и принимать маленькими глотками в течение всего дня.

Противовоспалительный сбор

Взять по 1 ч. ложке соплодий ольхи серой, плодов тмина обыкновенного и черемухи обыкновенной, корней кровохлебки лекарственной и солодки голой, травы зверобоя продырявленного и мяты перечной, корневищ горца змеиноного, залить 1-1,2 л кипятка и настаивать 40 мин. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день за 30 мин до еды.

Антисептический сбор

4 ст. ложки горца змеиноного и 1 ст. ложку лапчатки прямостоячей залить 1 л кипятка и настаивать 1 ч. Затем процедить, принимать по 1/4 стакана 3-4 раза в день. Настой обладает закрепляющим действием.

Хламидийный проктит

Хламидийный проктит вполне вероятен и у женщин, однако наибольшему риску подвергаются именно мужчины, поскольку первопричина данной болезни прямой кишки - *хламидиоз*, который при поражении мочевыделительной системы сначала протекает преимущественно в форме уретрита, т. е. «мужского» заболевания. Хламидиями называются очень древние микроорганизмы, родственные бактериям. Они поражают мужчин, женщин и детей независимо от возраста.

Пути передачи инфекции весьма разнообразны. Типичен для хламидиоза бытовой путь заражения, т. е. перенос микробов через использование общих предметов гигиены (полотенца, мочалки и т. д.). Ребенок может заразиться хламидиями во время родов, т. е. в половом тракте матери. Не исключено заражение плода

еще до наступления родов. Главный путь передачи инфекции - половой. На сегодняшний день хламидиоз признан самым широко распространенным ЗППП в мире. В той или иной форме им болеют 3 млрд человек.

Из пораженной уретры (у женщин обычно из влагалища) воспалительный процесс при хламидиозе распространяется в нескольких направлениях - на предстательную железу, следствием чего является хламидийный простатит, или на область верхних мочевых путей, вызывая хламидийный пиелонефрит. Третья мишень для микробов - прямая кишка, поражаемая чаще всего при попадании в нее через анус выделений из уретры.

Что касается остальных заболеваний, то хламидийный простатит лечится в целом так же, как и прочие формы простатита.

Хламидийный пиелонефрит в равной степени представлен и у мужчин, и у женщин, причем у женщин риск заболеть им гораздо выше. Переход воспалительного процесса с уретры на верхние мочевые пути (восходящая инфекция) как причина пиелонефритов несколько чаще отмечается у женщин.

Установить факт заражения хламидийной инфекцией можно лишь путем лабораторного исследования, поскольку какими-либо специфическими симптомами хламидиоз не обладает. Можно догадываться о наличии активных хламидий, если проктиту предшествуют признаки уретрита - зуд и боли в уретре, а также частые позывы к мочеиспусканию. Однако это не обязательно указывает на хламидийный характер воспаления прямой кишки. Сходная картина нередко отмечается и при гонорейном проктите, называемом иногда гонореей прямой кишки.

Последствия хламидиоза всегда тяжелые. Распространяясь из очага воспаления, микробы вызывают воспаления других органов, в первую очередь суставов, глаз и дыхательных путей. Это приводит к развитию полиартрита, конъюнктивита, фарингита, бронхита и даже пневмонии.

Общими симптомами поражения прямой кишки являются зуд и жжение в заднем проходе, а также содер-

жащие гной слизистые выделения из ануса. Слизь и гной выходят исключительно во время дефекации (если это происходит постоянно, то есть основания подозревать не проктит, а свищ прямой кишки или недостаточность анального сфинктера). Иногда отмечается появление в нижней части прямой кишки болезненных остроконечных бородавок - кондилом. Это свидетельствует о том, что к воспалительному процессу присоединилась папилломовирусная инфекция (см. главу 7).

Лечение хламидийного проктита заключается в подавлении воспалительного процесса и борьбе с инфекцией. Воспалительные явления устраняются путем применения свечей с протарголом, который обладает также вяжущим и антисептическим действием. Боли купируются с помощью микроклизм с экстрактом белладонны (не более 0,02 г экстракта на одну клизму) либо свеч с алкалоидами белладонны. Прочие лечебные процедуры проводит уролог. Врач же удаляет и кондиломы, если они появились.

Активность хламидий снижают посредством индукторов интерферона и новейших антибиотиков. Индукторы интерферона, как известно, повышают выработку организмом защитного вещества — интерферона, от которого зависит активность иммунной системы. Хорошо зарекомендовал себя в борьбе с хламидиями такой препарат из данной группы, как неовир, разработанный отечественными фармацевтами. Из антибиотиков показаны абактал, занокцин, пefлоксацин, ципробай и цифран. Применять их самостоятельно, без назначения врача, крайне опасно.

Следует помнить о риске рецидивов, поскольку полностью уничтожить хламидий невозможно. Они живут в человеке постоянно, причем в отличие от обычных бактерий эти микроорганизмы способны внедряться в клетки человека, словно вирусы. В результате микробы становятся недостижимыми для лекарственных препаратов. Правильно подобранное лечение и последующая забота мужчины о своем здоровье позволяют снизить патогенную активность хламидий, сделав их почти безвредными.

Воспалительный процесс и сопутствующие ему болезненные ощущения при хламидийном проктите устраняются посредством микроклизм с использованием настоев и отваров некоторых лекарственных растений, а также прочих продуктов естественного происхождения. Такие микроклизмы представляют собой орошения прямой кишки лекарственным препаратом, проводятся они с использованием спринцовки. Из рекомендуемых средств в первую очередь необходимо назвать прополис, одуванчик лекарственный, солодку голую, цикорий, орешник дрововидный и т. д.

Масло с прополисом

1 ч. ложку жидкого прополиса смешать с 2 ст. ложками масла какао, набрать в спринцовку и поставить на ночь клизму. Выполнять ежедневно в течение 1 месяца.

Вместо этой клизмы можно с успехом применять суппозитории (свечи), которые содержат 0,1 г прополиса и 2 г масла какао. Курс лечения с помощью свечей также длится 1 месяц.

Настой орешника дрововидного

1 ст. ложку листьев орешника дрововидного залить 1 стаканом кипятка и настаивать 20 мин. Готовое средство процедить и использовать ежедневно для теплых клизм. Курс лечения - 3-4 недели.

Отвар туи западной

1 дес. ложку коры туи западной залить 2 стаканами (500 мл) кипятка, кипятить 2 мин, затем, охладив в течение 10 мин, процедить. Готовый отвар использовать для ежедневных клизм 2 недели.

Сбор от проктита № 1

Взять по 1 ст. ложке соцветий ромашки, листьев смородины черной, травы горца птичьего и кукурузных рылец. Залить 1 л кипятка и настаивать 10 мин. Полученный настой процедить и использовать для ежедневных клизм. Курс лечения - 3-4 недели. Настой можно принимать также и внутрь по 1/2 стакана 2 раза в день в целях повышения иммунитета.

Сбор от проктита № 2

Взять по 1 ст. ложке корней цикория, лопуха большого, одуванчика лекарственного и солодки голой. За-

лить 4 стаканами (800 мл) кипятка и кипятить 10 мин. Готовый отвар процедить и использовать в теплом виде ежедневно, ставя клизмы на протяжении 2-3 недель.

Гидроколонотерапия

Гидроколонотерапия - приобретающий в настоящее время все большую и большую популярность метод проведения безболезненного орошения толстой кишки. Это один из методов очистки кишечника, имеющий профилактическое значение. Процедура очистки проводится с целью удаления из толстого кишечника излишней слизи, каловых масс, уплотнений («камней»), возможных патогенных микробов и паразитов, а также повышения кишечной моторики. Основными показаниями к гидроколонотерапии являются запор, диарея, вялость кишечника, синдром раздраженной толстой кишки, дискинезии толстой кишки, хронический геморрой в начальных стадиях, кишечный токсикоз.

Воспрещается проводить очищение кишечника при таких патологических состояниях системы пищеварения, как цирроз печени, кишечное кровотечение, перфорация кишечника, рак толстой или прямой кишки, грыжа, трещины или свищи прямой кишки, острый геморрой. Этот запрет распространяется и на случаи, связанные с нарушениями иммунитета, простатитом, почечной недостаточностью, тяжелыми кардиологическими заболеваниями, гипертонией, аневризмой крупных кровеносных сосудов (включая аорту) и прогрессирующей анемией.

Нельзя проводить данную процедуру в ходе подготовки к диагностическому обследованию толстой кишки (например к колоноскопии), операции на органах брюшной полости и спустя некоторое время после такой операции.

Гидроколонотерапия имеет несколько названий, одно из которых - аппаратное промывание кишечника. Это название подчеркивает особенность процедуры: в от-

личие от обычной клизмы она проводится с применением специального оборудования. Эта техника делает процедуру очищения безболезненной и абсолютно безопасной.

Благодаря аппарату для проведения гидроколонотерапии в организм человека вводится до 60 л воды, прошедшей механическую, химическую и биологическую очистку. Вода аккуратно подается по тонким трубочкам, а затем по этим же трубочкам выводится из организма вместе с отходами. Одноразовые наконечники и система обеззараживания устройства полностью исключают риск заражения через аппарат бактериями и вирусами. Длительность сеанса составляет 45 мин. Кроме того, процедура дополняется классическим массажем, акупрессурой и дыхательной гимнастикой, что усиливает терапевтический эффект.

Заменять гидроколонотерапию клизмами и приемом слабительных не следует, поскольку требуемого эффекта эти меры не дают. Частое использование слабительных либо вызывает привыкание организма к этим препаратам, отчего они перестают эффективно воздействовать на кишечник, либо провоцирует дальнейшее снижение активности кишечной моторики (т. е. организму становится трудно справляться с формированием и эвакуацией каловых масс без медикаментозной поддержки).

Клизмы воздействуют на кишечник грубо и, кроме того, тщательно прочищают только прямую кишку, которая представляет собой очень маленький участок кишечника: длина этого участка составляет лишь 30 см. Очистка кишечника методом гидроколонотерапии в 30 раз эффективнее очистки с применением клизмы, поскольку очищается весь толстый кишечник. Не следует также забывать, что гидроколонотерапия более эстетична, чем клизма.

Во время процедуры больной может испытать ощущение легкого головокружения или холода. Дискомфорт и слабая болезненность связаны со смущением и зажиманием мышц ануса, однако эти ощущения быстро проходят. По завершении очистки мужчина испы-

тывает прилив сил, бодрость и жизнерадостность. Остаточные неприятные ощущения (обычно после процедур, проводимых впервые) легко устранить, выпив чашечку чая.

Не следует обращаться с просьбой прочистить кишечник в салоны красоты, оздоровительные центры и т. д. Выполнять эту процедуру может только врач, обладающий должной квалификацией, т. е. имеющий специальное образование и получивший сертификат, который подтверждает прохождение обучения работе с оборудованием для гидроколонтотерапии.

Ни в коем случае не следует отправляться на такую процедуру, не проконсультировавшись предварительно с проктологом. Проктолог определяет наличие показаний и противопоказаний к проведению гидроколонтотерапии.

Процедуру достаточно проводить 2-3 раза в год, чтобы добиться стойкого терапевтического эффекта. Это никак не скажется на трудоспособности, поскольку уже спустя полчаса после сеанса человек может вернуться к обычной трудовой деятельности. Курсы гидроколонтотерапии можно сочетать с лечением кишечной микрофлоры посредством приема поддерживающих препаратов сухих бактерий - бифидумбактерина, лактобактерина и т. д. Курс приема флоры длится 2 недели.

ВИТАМИНОТЕРАПИЯ ПРИ ВКЛЮЧЕННЫХ В КНИГУ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

При лечении многих болезней, описанных в настоящей книге, существенная роль отводится витаминам. Таблица, приведенная ниже, содержит подсказку, как организовать эффективную витаминотерапию тех или иных нарушений. Применение витаминов держится на трех «китах»: рациональном питании, приеме витаминных препаратов и использовании богатых этими веществами лекарственных растений. Чтобы правильно и с максимальной эффективностью воспользоваться всеми тремя методами оздоровления, необходимо знать, из каких продуктов формировать ежедневный рацион, когда и в какой дозировке применять витаминные препараты, из каких растений составлять сборы для витаминных чаев.

| Название (символ) | Заболевание | Источники в пище | Препараты и их суточная дозировка | Фитотерапия |
|--------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Аскорбиновая кислота (C) | Вирусные инфекции, заболевания печени | Зеленые овощи, помидоры, сладкий перец, шампиньоны, подосиновики, ягоды, фрукты (особенно цитрусовые) | До 0,1 г, после еды | Аир, барбарис, береза, клюква, крапива, лимонник, медунца, полынь, рябина, сосна, череда, чистотел, шиповник |
| Биотины (H) | Себорейное облысение | Мясо птиц, печень, яйца, бобовые, морковь, помидоры, дрожжи | Поливитамины | Шпинат |
| Кальциферолы (D) | Облысение, гормональный дисбаланс | Рыбий жир, рыба и рыбопродукты, молоко, сыр, куриные яйца | Поливитамины | Кукурузные рыльца, ламинария |

Продолжение таблицы

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|--|--|---|
| Каротин (провитамин А) | Вирусные инфекции, болезни желудка и кишечника, воспалительные кожные заболевания | Салат, кабачок, морковь, тыква, абрикос, персик, журма, красный перец, помидор, манго, лисички, боровики | Бета-каротин (БАД, до 0,3 0,4 мг) | Алтей, боярышник, крапива, левзея, облепиха, первоцвет, полынь, тысячелистник, череда, чистотел |
| Кверцетин (Q) | Атеросклероз, гипертония, инфаркт миокарда, инсульт | Чеснок, лук репчатый, орех грецкий | Кверцетин (БАД), рутин | Боярышник, зверобой, каштан конский, медуница, тмин |
| Линолевая кислота (F) | Дерматиты, облысение, болезни желудка и кишечника | Растительные масла (соевое, подсолнечное, кукурузное) | Поливитамины | Растительные масла (кедровое, облепиховое, лимонника); вахта, желтушник, одуванчик |
| Метилметионинсульфония хлорид (U) | Язвенная болезнь | Белокочанная капуста | До 0,5 г, после еды | |
| Никотиновая кислота (PP) | Циррозы, язвенная болезнь, атеросклероз | Боровики, опята, абрикос, виноград, вишня, зародыши пшеничных зерен, арахис | Никотинамид, никотин | Береза, одуванчик, шалфей |
| Пангамовая кислота (B ₁₅) | Хронический гепатит, атеросклероз | Абрикос | Кальция пангамат | |
| Пантотеновая кислота (B ₅) | Энурез | Овощи, арахис, хлебные злаки | Поливитамины | Женьшень |
| Пиридоксин (B ₆) | Облысение, дерматит, хронический гепатит, язвенная болезнь | Говядина, печень, лосось, треска, курица, арахис, картофель, морковь, бобы, соя, виноград, дрожжи, молочные продукты | Пиридоксальфосфат, пиридоксина гидрохлорид (до 0,05 0,1 г) | Женьшень, кукурузные рыльца, облепиха |

Продолжение таблицы

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------------|---|--|--|--|
| Ретинол (A) | Вирусные инфекции, болезни желудка и кишечника, воспалительные кожные заболевания | Рыбий жир, печень, молоко, яичный желток | Ретинола ацетат, ретинола пальмитат (до 100 000 МЕ внутрь и внутримышечно) | |
| Рибофлавин (B ₂) | Язвенная пиодермия | Смородина черная, виноград, апельсин | До 0,03 г | Женьшень, кукурузные рыльца, ламинария, облепиха, шиповник |
| Тиамин (B ₁) | Хронический гепатит, дерматозы, атеросклероз, ИБС | Отруби, мука грубого помола, дрожжи, картофель, огурец, черная смородина, апельсин, орех грецкий, рыба | Тиамин бромид, тиамин хлорид, бенфотиамин (до 0,1 0,2 г) | Кукурузные рыльца, ламинария |
| Токоферолы (E) | Импотенция, бесплодие | Яйца, орехи, смородина черная, ежевика, картофель, томаты, морковь, петрушка | Эревит, токоферола ацетат (до 0,1 г) | Кукурузные рыльца, лимонник, облепиха |
| Филлохиноны (K) | Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки | Морковь, зеленые овощи, смородина черная, яйца, печень, хлеб | Викасол (до 0,3 г) | Бессмертник, горец птичий, крапива, кукурузные рыльца, облепиха, подорожник, тысячелистник, шиповник |
| Цианокобаламин (B ₁₂) | Дисбаланс половых гормонов, бесплодие, болезни печени | Рыба, мясо, печень, почки, птица | До 500 мкг | Виноград, ламинария |

Оглавление

| | |
|--|-----------|
| Предисловие. | 3 |
| Глава 1. О ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН. | 6 |
| Здоровый образ жизни. | 6 |
| Мужской организм и его особенности. | 7 |
| Личная гигиена. | 8 |
| Рациональное питание. | 10 |
| Режим труда и отдыха. | 13 |
| Гигиена сексуальной жизни. | 16 |
| Стресс-менеджмент. | 18 |
| Физическая активность и закаливание. | 21 |
| Как лечить болезни. | 24 |
| Радикальное лечение. | 24 |
| Основные виды консервативного лечения. | 28 |
| Диеты и витаминотерапия. | 32 |
| Лечебная гимнастика и массаж. | 36 |
| Комплиментарная медицина. | 37 |
| Климатотерапия. | 41 |
| Глава 2. УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ_____ | 43 |
| Исключительно мужские заболевания. | 43 |
| Баланопостит. | 44 |
| Эпидидимоорхит. | 51 |
| Простатит и сопутствующие заболевания. | 56 |
| Преимущественно мужские заболевания. | 58 |

| | |
|---|-----------|
| Уретриты. | 58 |
| Профилактика ЗППП. | 65 |
| Недержание мочи. | 67 |
| Использование мочеприемника. | 71 |
| Заболевания со специфическим течением. | 72 |
| Задержка мочеиспускания. | 72 |
| Цистит хронический. | 74 |
| Фитотерапия при болезнях мочеполовой сферы. | 75 |
| Глава 3. ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. | 78 |
| Исключительно мужские заболевания. | 78 |
| Пороки развития пениса и уретры. | 78 |
| Фимоз приобретенный. | 82 |
| Приапизм. | 85 |
| Кавернит. | 86 |
| Онкологические заболевания половых органов. | 87 |
| Варикоцеле. | 96 |
| Гидроцеле. | 98 |
| Гангрена половых органов. | 99 |
| Абсцесс предстательной железы. | 100 |
| Травмы половых органов. | 102 |
| Преимущественно мужские заболевания. | 105 |
| Опухоли мочевого пузыря. | 106 |
| Новообразования желудочно- кишечного тракта. | 107 |
| Прободная язва желудка. | 114 |
| Стриктура уретры. | 117 |
| Заболевания со специфическим течением. | 120 |
| Рак мочеиспускательного канала. | 120 |
| Камни мочевого пузыря. | 121 |
| Грыжи. | 123 |
| Общий уход за прооперированным. | 125 |
| Содержание калоприемника. | 129 |
| Секс после операции на гениталиях. | 131 |

Глава 4. СЕКСУАЛЬНЫЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ 134

| | |
|---|-----|
| Исключительно мужские заболевания | 134 |
| Псевдоимпотенция | 135 |
| Первичные и вторичные расстройства потенции | 136 |
| Нарушения семяизвержения | 141 |
| Коррекция мужской сексуальности | 150 |
| Заболевания со специфическим течением | 160 |
| Мужская фригидность | 160 |
| Мужское бесплодие | 164 |
| Решение и профилактика проблемы бесплодного брака | 174 |

Глава 5. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ 181

| | |
|--|-----|
| Преимущественно мужские заболевания | 181 |
| Атеросклероз | 181 |
| Ишемическая болезнь сердца | 188 |
| Заболевания со специфическим течением | 194 |
| Гипертония | 194 |
| Инсульт | 198 |
| Оздоровительный режим кардиологического больного | 206 |
| Фитотерапия сердечно-сосудистых заболеваний | 211 |

Глава 6. ГОРМОНАЛЬНЫЕ И ОБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ 213

| | |
|---|-----|
| Исключительно мужские заболевания | 213 |
| Гинекомастия | 214 |
| Гипогонадизм мужской | 217 |
| Рак предстательной железы | 220 |

| | |
|--|-----|
| Преимущественно мужские заболевания | 222 |
| Подагрический артрит | 223 |
| Подагрически сморщенная почка | 226 |
| Заболевания со специфическим течением | 228 |
| Базедова болезнь | 229 |
| Фитотерапия эндокринных и онкологических заболеваний | 231 |

Глава 7. КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ 235

| | |
|---|-----|
| Исключительно мужские заболевания | 235 |
| Кандидозный баланопостит | 236 |
| Половые бородавки | 238 |
| Атерома кожи мошонки | 240 |
| Преимущественно мужские заболевания | 242 |
| Туберкулез кожи бородавчатый | 242 |
| Дерматит герпетический | 243 |
| Фурункул | 245 |
| Бородавки юношеские | 247 |
| Облысение | 248 |
| Лечебная косметика для мужчин | 251 |
| Заболевания со специфическим течением | 253 |
| Комедоны | 253 |
| Пиодермия хроническая язвенная | 256 |

Глава 8. БОЛЕЗНИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ 259

| | |
|---|-----|
| Исключительно мужские заболевания | 259 |
| Цирроз Лаеннека | 260 |
| Пигментный цирроз | 263 |
| Преимущественно мужские заболевания | 264 |
| Стоматит Венсана | 265 |
| Острый дуоденит | 266 |
| Хронический дуоденит | 272 |
| Флегмонозный дуоденит | 278 |
| Кишечная липодистрофия | 280 |
| Прокталгия | 288 |

| | |
|---|-----|
| Заболевания со специфическим течением. | 290 |
| Вторичный хронический эзофагит. | 290 |
| Невроз желудка и кишечника. | 293 |
| Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. | 297 |
| Парапроктит. | 302 |
| Хламидийный проктит. | 304 |
| Гидроколонотерапия. | 308 |

| | |
|---|-----|
| Приложение. Витаминотерапия при включенных в книгу заболеваниях. | 311 |
|---|-----|



ИЗДАТЕЛЬСТВО ПРЕДСТАВЛЯЕТ:

СЕРИЯ «КАК СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ»



Миллионы людей во всем мире страдают сахарным диабетом, и для многих этот диагноз звучит как приговор. Однако так ли уж невыносима жизнь больных сахарным диабетом? Способен ли человек с диагнозом «сахарный диабет» жить счастливой, интересной, полноценной жизнью? Ответы на эти актуальные вопросы вы найдете на страницах данной книги.

5-486-00335-8

Переплет, 320 стр.



Ухудшилось настроение? Испытываете тревогу без видимых причин? Жалуетесь на резкую смену настроения? А если причина всех этих неприятностей — щитовидная железа? Прочитав эту книгу, вы узнаете о роли щитовидной железы, о том, какие болезни могут подстерегать при нарушении ее функций, а также о мерах профилактики этих нарушений и лечении больных.

5-486-00337-4

Переплет, 144 стр.

ООО «Торговый дом «Издательство Мир Книги»
Отдел реализации: (495) 974-29-76, 974-29-75;
факс (495) 742-85-79 e-mail: commerce@mirknigi.ru

Каталог «Мир Книги» можно заказать по адресу:
111116, г. Москва а/я 30, «МИР КНИГИ»,
тел. (495) 974-29-74 e-mail: order@mirknigi.ru

Т.Н. Пугачева

Здоровье мужчины

Серия «Семейная медицинская энциклопедия»

Научный редактор *В.С. Клоков*
Выпускающий редактор *М.И. Клим*
Редактор *М.А. Ситникова*
Технический редактор *С.В. Камышова*
Корректоры *А.В. Блохина, В.Н. Антошина*
Художник *И.М. Шмырева*
Оформление обложки:
Художник *А.С. Скороход*
Дизайнер *Д.И. Минеев*
Компьютерная верстка *А.В. Блохин*

Оригинал-макет подготовлен
при участии ИЧП А.Н. Шабанова

ООО «Торговый дом «Издательство Мир книги»
111024, Москва, ул. 2-я Кабельная, д. 2, стр. 6.

Отдел реализации: (495) 974-29-76, 974-29-75;
факс (495) 742-85-79 e-mail: commerce@mirknigi.ru

Каталог «Мир Книги» можно заказать по адресу:
111116, г. Москва а/я 30 «МИР КНИГИ»,
тел. (495) 974-29-74 e-mail: order@mirknigi.ru

Подписано в печать 15.05.2006.
Формат 84 x108/32. Печать офсетная. Бумага газетная.
Гарнитура SchoolBookC. Усл. печ. л. 16,80.
Тираж 13 000 экз. Заказ № 0610700.

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленного электронного оригинал-макета
в ОАО «Ярославский полиграфкомбинат»
150049, Ярославль, ул. Свободы, 97



Электронная версия данной книги создана исключительно для ознакомления только на локальном компьютере! Скачав файл, вы берёте на себя полную ответственность за его дальнейшее использование и распространение. Начиная загрузку, вы подтверждаете своё согласие с данными утверждениями! Реализация данной электронной книги в любых интернет-магазинах, и на CD (DVD) дисках с целью получения прибыли, незаконна и запрещена! По вопросам приобретения печатной или электронной версии данной книги обращайтесь непосредственно к законным издателям, их представителям, либо в соответствующие организации торговли!



Книга содержит сведения о самых распространенных сексуальных, репродуктивных и гормональных нарушениях в организме мужчины, урологических, кожных, сердечно-сосудистых, онкологических и других болезнях, рекомендации квалифицированных специалистов, а также проверенные рецепты народной медицины. Вовремя распознав симптомы заболевания, выбрав верные методы профилактики и лечения, вы сможете без труда победить любой недуг.

**ДОСТИЖЕНИЯ
МЕДИЦИНЫ**



**ПРАКТИЧЕСКИЕ
СОВЕТЫ**



**ОТЛИЧНОЕ
ЗДОРОВЬЕ**