

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО

Заведующий кафедрой: Фирсов М.А.

РЕФЕРАТ

На тему:

«Роль хронического воспаления в патогенезе простатита и эректильной
дисфункции»

Выполнил: ординатор 1
года по специальности
урология Грищенко А.С.

Красноярск 2023 г.

Оглавление

Введение	2
Глава 1. Этиология и эпидемиология простатита	4
1.1 Роль хронического воспаления в патогенезе простатита.....	7
Глава 2. Психоэмоциональные нарушения при эректильной дисфункции и простатите.....	10
Заключение	14
Список литературы	15

Введение

Простатит, или воспаление предстательной железы – наиболее распространенное среди мужских урологических заболеваний. Основная причина его развития – это попадание в предстательную железу (ПЖ) инфекционного агента, чему в немалой степени способствует анатомическое расположение предстательной железы в малом тазу. Инфекция может попадать в ПЖ из мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, прямой кишки, по кровеносным и лимфатическим путям. Считают, что простатит может быть бактериальным и абактериальным. Но само по себе попадание инфекции в простату еще не вызывает всех проявлений заболевания.

Простатит может развиваться внезапно, как острое воспалительное заболевание со всеми симптомами. В этом случае у больных будет отмечаться жар, лихорадка, температура тела до 39°C, острые боли в промежности, паху, за лобком, области заднего прохода, болезненное мочеиспускание и дефекация. Однако значительно чаще простатит развивается в хронической форме, не беспокоя слишком сильно. В связи с этим хронический простатит приобретает и социально значимый аспект.

В настоящее время большинство специалистов рассматривают хронический простатит, как воспалительное заболевание инфекционного генеза с возможным присоединением аутоиммунных нарушений. К сожалению, на сегодняшний день в урологии нет точных данных относительно причинных факторов и механизмов развития простатита, особенно абактериального. Несмотря на то, что сегодня признается существование абактериального простатита, неясным остается вопрос, не является ли абактериальный простатит этапом развития бактериального.

Глава 1. Этиология и эпидемиология простатита

До недавнего времени масштабных эпидемиологических исследований по заболеваемости и болезненности простатитом не проводилось. Один из пионеров в изучении этого заболевания, Stamey T. (1980), полагал, что половина мужчин в течение жизни обязательно хоть раз болеет простатитом. Относительно недавние (конец прошлого века) международные исследования (Robertson C. et al., 1999) подтвердили правильность его предположения: 35% опрошенных мужчин имели симптомы простатита в течение последнего года. Частота простатита составила 5-8% мужского населения. Простатит оказался наиболее частой причиной обращения к урологу мужчин в возрасте до 50 лет. В среднем уролог принимает 150-250 больных простатитом в год, около 50 из которых – впервые выявленные пациенты. Влияние простатита на качество жизни весьма существенно и вполне сопоставимо со значением инфаркта миокарда, стенокардии напряжения и болезни Крона (Wenninger K., 1996). По России подобных данных нет, в нашей стране долгое время к диагнозу «простатит» относились скептически, все внимание урологов было направлено на рак предстательной железы (ПЖ) и ее аденому. Однако в последнее время проблема простатита стала куда актуальнее.

В 2004 г. Российское общество урологов сочло необходимым ввести в программу своего пленума вопросы диагностики и лечения простатита. Что же может вызывать воспаление ПЖ, казалось бы так надежно укрытой в глубине малого таза? В конце XIX в. считалось, что хронический простатит (ХП) развивается вследствие повторной перинеальной травмы (например, в результате верховой езды) или ненормальной сексуальной активности (в том числе мастурбации).

Понимание воспалительной природы простатита, связи его с инфекционным агентом, появилось в первой половине XX в. Вначале бесспорным этиологическим фактором считали гонококковую инфекцию (Neisser A., 1882). Затем крупномасштабные микробиологические

исследования подтвердили гипотезу, что неспецифическая грамположительная и грамотрицательная микрофлора также может вызывать воспаление в предстательной железе. Наличие этих микроорганизмов в нижних отделах мочевыводящих путей и лейкоцитоз в секрете простаты в течение полувека считались основанием для признания их этиологическим фактором простатита (Henline R.B., 1943). В 1950-х гг. были получены новые данные, доказывающие возможность неинфекционного простатита, а догма «лейкоциты и бактерии – причина простатита» была пересмотрена. Пациенты, у которых бактериальный фактор простатита не был обнаружен, рассматривались как заболевшие вследствие высокого давления тока мочи, возникновения турбулентности ее течения в простатической части мочеиспускательного канала и рефлюкса мочи в выводные протоки простаты. Это вызывает химический ожог, иммунологическую реакцию и абактериальное воспаление. Тогда же появилось понятие простатодинии – состояния, при котором есть все симптомы простатита, но нет микрофлоры и повышенного числа лейкоцитов в эксприматах половых желез. Достоверных доказательств механизма развития простатодинии не предложено, но существует мнение, что причиной болезни служат нейромускулярные нарушения тазового дна и перинеального комплекса (Barbalias G.A et al., 1983).

Таким образом, причинами развития хронического простатита сейчас считаются следующие:

- повторная перинеальная травма (верховая езда, езда на велосипеде);
- ненормальная или чрезмерно активная половая жизнь;
- малоподвижная работа в сидячем положении;
- переохлаждение;
- ношение тесного нижнего белья;
- злоупотребление алкоголем.

Считается, что аденома предстательной железы является одним из проявлений мужского климакса. К факторам риска относятся только возраст

и уровень андрогенов в крови. С возрастом в организме мужчины нарушается физиологический баланс между андрогенами и эстрогенами, что ведет к нарушению контроля за ростом и функцией клеток предстательной железы.

В современной урологии не существует единой классификации заболевания. Однако практикующие врачи предпочитают такой вариант классификации воспалительного процесса в простате:

1. По течению болезни:

- Острый простатит. На его долю приходится более 50% случаев заболевания у людей не старше 30-35 лет.
- Хронический вариант. Считается вневозрастной категорией. Долго не проявляет себя, толчком к развитию служит простуда, инфекция.

2. По причине, вызвавшей патологию:

- Бактериальное воспаление предстательной железы, преобладает у мужчин до 40 лет, возникает на фоне УГИ, не выходит за границы органа.
- Не бактериальные патологические изменения в железе, преимущественно хронического течения.
- Вирусное воспаление простаты характеризуется острым течением, затрагивающим всю половую сферу.

3. По характеру структурных изменений в предстательной железе:

- Фиброзный простатит отличается быстрым необратимым ростом железы и нуждается в радикальном вмешательстве. Клинически напоминает аденому простаты.
- Калькулёзное воспаление предстательной железы возникает из-за формирования конкрементов внутри простаты. Рассматривается как предвестник рака.
- Застойный простатит, результат малоподвижного образа жизни, диагностируется у каждого второго пациента.

1.1 Роль хронического воспаления в патогенезе простатита

Патогенез инфекционного и неинфекционного простатита различен, тем не менее предрасполагающие факторы, обуславливающие нарушение микроциркуляции, едины, при этом первичным фактором ХП всегда служит нарушение кровообращения ПЖ (при остром же простатите ведущую роль играет инфекция). Особенность сосудистой сети, предрасполагающая к развитию простатита, – наличие обильных анастомозов между венами таза и ПЖ. В результате венозный застой в малом тазу приводит к венозному стазу в простате. Это чревато оседанием патогенной или условнопатогенной микрофлоры в очагах ишемии и создает благоприятные условия для ее фиксации. Поскольку артериолы проходят внутри железы в соединительнотканых прослойках между ацинусами, кровоток в ПЖ изначально не способствует хорошему притоку макрофагов и быстрой ликвидации воспаления. По этой же причине при простатите затруднена и доставка лекарственных веществ током крови. Таким образом, важнейший пусковой механизм ХП – повреждение ткани ПЖ вследствие нарушений гемодинамики (Чернух А.М. и др., 1984; Thomas D., 1983). Повреждение ткани ПЖ провоцирует развитие асептического, неинфекционного воспаления, что может усугубиться рефлюксом мочи в выводные протоки простаты. В случае инфицирования ПЖ дополнительно повреждается сосудистая стенка вследствие фиксации на ней иммунных комплексов. Далее локальный инфекционный процесс идет согласно основным законам патологической физиологии.

Простатит известен как нозологическая единица с конца XIX в. Раньше полагали, что острый простатит в 90% случаев является следствием гонореи. ХП считался распространенным заболеванием мочеполового аппарата и расценивался как осложнение заднего уретрита гонорейного происхождения или исход острого воспаления ПЖ.

В настоящее время рассматриваются три основных механизма развития ХП:

– инфекционная теория: простатит вызывается восходящей бактериальной инфекцией – каналикулярный путь инфицирования (через мочеиспускательный канал), гематогенный, лимфогенный и уриногенный;

– аутоиммунная теория: воспаление в ПЖ возникает в ответ на антигены, образующиеся в самой ПЖ и придаточных половых железах;

– гемодинамическая теория: ведущую роль в развитии ХП играют гемодинамические нарушения в ПЖ и органах малого таза.

Согласно инфекционной теории, заболевание развивается вследствие внедрения микроорганизмов в ткань ПЖ. Следует подчеркнуть, что при любом пути проникновения возбудителя могут возникнуть острый или хронический простатит, либо асептическое носительство микроорганизмов без каких-либо признаков воспалительного процесса. Воспаление ПЖ вызывается уриногенно, как правило, проникающей в ацинусы из задней части мочеиспускательного канала патогенной или активной условно-патогенной микрофлорой, возможны гематогенный и лимфогенный пути развития инфекции. Агрессивными бактериальными агентами могут стать золотистый стафилококк, фекальный стрептококк, кишечная палочка. В настоящее время нередко обнаруживают также хламидии, уреаплазмы, трихомонады, грибы и их ассоциации. Бактерии, выявленные в отделяемом из мочеиспускательного канала и эякуляте, нельзя отождествлять с возбудителями ХП из-за того, что аналогичные микроорганизмы находят и в выделениях здоровых людей. Кроме того, бактериологическое исследование простатического секрета, полученного с помощью массажа, чревато ошибками – в полученный препарат может попасть уретральное содержимое.

Хронический простатит, возникший однажды в результате действия одного или совокупности этиологических факторов, приобретает затем поступательное течение по тину волнообразное порочного круга (рис. 1).

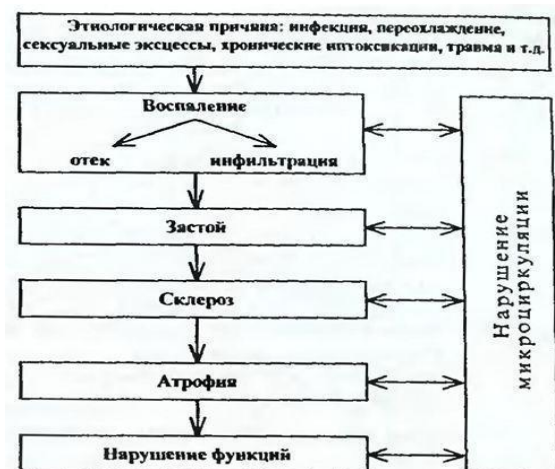


Рис. 1. «Порочный круг» патогенеза хронического простатита

Глава 2. Психоэмоциональные нарушения при эректильной дисфункции и простатите

Сексуальные нарушения, наряду с болью различной локализации и дизурическими явлениями, представляют триаду наиболее часто встречающихся при ХП симптомов. В свою очередь, у пациентов, предъявляющих жалобы на расстройства сексуального характера, нередко обнаруживаются воспалительные заболевания органов мочеполовой системы (в том числе простатит). И порой непросто разобраться, что является причиной, а что следствием; вероятнее всего, оба эти состояния взаимосвязаны и взаимообусловлены; мы склонны рассматривать сексуальную дисфункцию в большей мере не как проявление, а как осложнение ХП. Вместе с тем возможно и существование двух самостоятельных заболеваний – сексуальной дисфункции и ХП, развившихся по независимому механизму. Однако, возникнув одновременно, они непременно будут усугублять течение друг друга.

Сексуальные расстройства при ХП весьма многообразны даже у одного пациента в разные периоды заболевания. Вариабельность симптомов зависит от активности воспаления, степени вовлечения в него соседних органов, состояния нервной и эндокринной систем, возраста больного, сопутствующих заболеваний. Тем не менее большинство исследователей говорят об угнетении либидо, расстройстве адекватных эрекций и ускоренном семяизвержении.

Считают, что половая дисфункция у больных ХП характеризуется стадийностью развития, которая соответствует течению воспалительного процесса. Сначала появляется преждевременная эякуляция (ПЭ), затем ухудшается качество адекватных эрекций, а потом и снижается либидо. Расстройство эякуляции иногда сочетается с болезненностью оргастических ощущений. В ряде случаев отмечается усиление ночных эрекций за счет повышенной гиперемии ПЖ. Изменение оргастических ощущений связано с тем, что примерно у 1 /3 больных ХП сочетается с задним уретритом и

колликулитом, а зоны семенного бугорка являются тем местом, где зарождается ощущение оргазма при выбросе семени через узкие семяизвергающие устья.

Хронический вялотекущий процесс в уретропростатической зоне приводит к постоянному раздражению семенного бугорка с афферентной импульсацией в спинальные половые центры. Клинически это проявляется длительными неадекватными ночными эрекциями, а затем их ослаблением за счет функционального истощения эрекционного центра. Одним из наиболее распространенных видов сексуальных нарушений при ХП является преждевременная эякуляция. E. Screponi, E. Jannini и соавт. также связывают ПЭ с воспалительным процессом в простате: авторы выявили ХП у 56,5% пациентов с ПЭ, из них бактериальный простатит – у 47,8% пациентов. При хроническом воспалении ПЖ, задней части мочеиспускательного канала и семенного бугорка нарушается чувствительность периферических нервных окончаний, что рефлекторным путем влечет изменения возбудимости соответствующих спинальных центров. Некоторые авторы указывают на наличие у пациентов с ХП признаков эректильной дисфункции в 60–72% случаев.

Для большинства людей сексуальные отношения представляют собой очень деликатную тему, поэтому мужчины, страдающие нарушением эрекции, стремятся объяснить проблему внешними факторами, зачастую вообще пытаются её скрыть. Несмотря на то, что в 95 % случаев эректильная дисфункция излечима медикаментозно, только 10 % мужчин, испытывающих трудности с потенцией, обращаются за лечением к врачу.

Отмечается повышение частоты гомосексуального поведения пациентов с простатитом, что можно объяснить снижением маскулинности и уверенности в удовлетворительной эрекции при половом акте с противоположным полом. Эректильная функция представляется в общественном сознании главным элементом полового цикла. Эта ситуация становится опасной у лиц тревожно-мнительного склада. Малейшие

отклонения от скорости возникновения эрекции, степени напряжения, ее длительности и т.д. воспринимаются преувеличенно, как серьезное заболевание. Возникает повышенное внимание к эрекции, фиксация на ней, формируется «синдром тревожного ожидания неудачи». У лиц ипохондрического типа, помимо фиксации, может наступить ипохондрическое развитие личности с расширением страха и на другие функции организма. Эректильные нарушения, отмечаемые при ХП, должны рассматриваться в структуре астенического, тревожно-ипохондрического, астено-ипохондрического, астено-депрессивного синдромов и чисто ипохондрического и депрессивного состояний. Как правило, данные состояния не требуют специальной коррекции психотропными препаратами. Бывает достаточно провести разъяснительную беседу, назначить биогенные стимуляторы.

К особенностям пациентов с длительно текущим ХП относится ипохондрическая готовность и фиксация малейших ощущений в половых органах. О наличии у больных тревожной депрессии свидетельствуют навязчивые (т.е. доминирующие в сознании и не поддающиеся контролю) мысли тревожного содержания о своей мужской, а значит, и человеческой неполноценности, о неизлечимости недуга и бесперспективности лечения, о неминуемой потере семейного благополучия. Тревога и страх за свое состояние определяют поступки больных, поведение которых классифицируют как «уход в болезнь с отрывом от действительности». Для данной категории пациентов характерна тенденция к самодиагностике и самолечению. В клиническую картину тревожной депрессии входят типичные для этих больных расстройства сна и аппетита, отмечаются вегетативные симптомы: повышенное потоотделение, лабильность пульса.

Снижение либидо может иметь двоякое происхождение. Во-первых, длительный и с болями протекающий воспалительный процесс, сопровождающийся ускорением эякуляции и сглаженностью оргазма, может приводить к чисто психогенному снижению либидо. Во-вторых, у многих

больных ХП приводит к снижению андрогенной насыщенности, что клинически может проявляться снижением либидо. Этими же механизмами может быть объяснено и снижение эрекции. Хронический вялотекущий процесс в уретропростатической зоне приводит к постоянному раздражению семенного бугорка с афферентной импульсацией в спинальные половые центры. Клинически это проявляется длительными, неадекватными ночными эрекциями, а затем их ослаблением за счет функционального истощения эрекционного центра. В связи с чем у мужчин снижается самооценка, искажается представление о себе, возникают внутрисемейные проблемы. Они начинают чувствовать себя ущербными, несостоятельными и неспособными исполнить даже супружеский долг. Поэтому заболевания простаты связаны с внутренними страхами, ослабляющими мужественность, когда мужчина начинает сдаваться. Это может быть связано с верой в свое старение, с длительным сексуальным напряжением или чувством вины. Что касается либидо, то его ослабление может произойти на психогенной основе в связи с депрессией и повышенной тревожностью пациента, нарушением оргазма и вторичным ослаблением эрекции. Пациент, опасаясь фиаско, сознательно и подсознательно избегает половой близости. Кроме того, этот феномен можно объяснить гипоандрогенией, присущей пациентам с затяжным простатитом, согласно некоторым данным.

Хронический простатит, несомненно, является причиной психосоматической симптоматики. В основе подобных нарушений лежат страх и тревога по поводу своего состояния, боязнь возможных последствий. Создается порочный круг – страх больного за определенный орган отражается на функции последнего, а нарастающие функциональные нарушения еще более усиливают страх. Наряду с гормональной регуляцией сексуальной функции, в последние годы выявлено наличие нейрональной регуляции с помощью нейротрансмиттеров. Они регулируют и модулируют влияние половых гормонов на все звенья мужской сексуальности. Таким образом, простатит может возникать как результат соматических изменений,

характерных для хронического психоэмоционального стресса, т.е. по психосоматическим механизмам.

Заключение

Таким образом, современная медицина признала, что хронический простатит является одним из наиболее распространенных, клинически и социально значимых заболеваний. Психика пациента при хроническом простатите страдает не меньше, чем при других тяжелых хронических заболеваниях. Причиной сексуальных расстройств при хроническом простатите являются, прежде всего, психосоматические нарушения, депрессия, тревожно-мнительные личностные черты характера. Они же иногда являются либо причиной, либо поддерживают наличие жалоб, характерных для синдрома хронической тазовой боли.

Подход к лечению сексуальных нарушений при ХП должен носить комплексный характер. Несомненно, патогенетической основой служит медикаментозная терапия (антибактериальная, противовоспалительная), методы физического воздействия и психотерапия при выраженных психоэмоциональных расстройствах. Своевременная и направленная коррекция психических расстройств при этом заболевании предупреждает развитие более грубых нарушений психики и позволяет успешнее лечить соматическое страдание.

Список литературы

1. Аль-Шукри С.Х., Бобков Ю.А., Горбачев А.Г., Ткачук В.Н. Наш опыт применения простатилена в урологии // Урология. – 2003. – № 6. – С. 32–36.
2. Божедомов, В. А. Современные возможности лечения хронического простатита / В. А. Божедомов // Андрология и генитальная хирургия. – 2016. – № 3. – С. 10-22.
3. Божедомов, В. А. Хронический простатит: новая парадигма лечения / В. А. Божедомов // Урология. – 2016. – № 3. – С. 78-90.
4. Забиров К.И., Мусаков В.Ю., Самхарадзе А.Д. и др Негонококковые уретриты у мужчин // Consilium medicum. – 2005. – Т. 7. – № 7. – С. 526–532.
5. Ильин И.И., Ковалев Ю.Н. Диагностика и терапия уретрогенных хронических простатитов: Методич. рекомендации. – Челябинск, 1982.
6. Игнашин Н.С., Горюнов В.Г., Виноградов В.Р. Трансректальное ультразвуковое сканирование в диагностике хронических воспалительных заболеваний предстательной железы и семенных пузырьков // Урология и нефрология. – 1987. – № 5. – С. 54–56.
7. Ковалев Ю.Н., Ильин И.И., Зиганшин О.Р. и др. К клиническим особенностям и патогенезу хронического простатита // Вестник дерматологии и венерологии. – 1995. – № 3. – С. 50–51.
8. Козлюк В.А., Козлюк А.С., Озерянский Г.В. Роль микоплазм, гарднерелл и их ассоциации в генезе НХНГУ у мужчин // Инфекции, передаваемые половым путем. – 2002. – № 3. – С. 15–20. Корик Г.Г. Хронический простатит. –Л.: Медицина, 1975.
9. Крупин В.Н. Симпатолитическая терапия больных простатодинией // Андрология и генитальная хирургия. – 2002. – № 2. – С. 58–60. Кузьменко В. В., Семенов Б. В., Кузьменко А.В., и др. Применение суппозиториев «Витапрост» у больных гиперплазией простаты с сопутствующим хроническим простатитом // Материалы Пленума правления Российского общества урологов. – М., 2004.

10. Куликов В.П. Цветное дуплексное сканирование в диагностике сосудистых заболеваний. – Новосибирск: СО РАМН, 1997.
11. Лаптева Г.Ф., Лебедев Е.В., Лебедева Г.В. и др. Целебные свойства глин, общие принципы терапии и опыт использования голубой глины Стан-Бехтемирского месторождения // Новосибирский медицинский институт. – Новосибирск-Томск-Стан-Бехтемир. – 1999. – С. 19.
12. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. – М., 1998. – С. 393–440. – Т. 2. Лопаткин Н.А., Пытель Ю.А., Трапезникова М.Ф. Омник (тамсулозин) в лечении больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Урология. – 2001. – № 1. – С. 3–8.
13. Набер, К. Г. Острый и хронический простатит – что важно для практики? / К. Г. Набер, В. Валенсик, Ф. М. Е. Вагенленер // Вестн. урологии. – 2016. – № 2. – С. 71-83.
14. Плотникова, А. Ю. Современные методы лечения хронического простатита (обзор литературы) [Электронный ресурс] / А. Ю. Плотникова, Д. О. Архипов // Молодой ученый. – 2018. – № 3. – С. 97-99
15. Collins M., Stafford R., Barry M. Symptoms and chronic prostatitis: results of a national survey of physician visits. // J.Urol. 1998. - Vol. 159. - № 5. - P.
16. Moon T. Management of nonbacterial prostatitis and prostatodynia. // In: Lepor H. (ed.). Prostatic diseases. Philadelphia, 2000. P. 571-576.
17. Nickel J.C., Alexander R.B., Schaeffer A.J., Landis J.R., Knauss J.S., Proppert J.K.J. Leukocytes and bacteria in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome compared to asymptomatic controls. // J.Urol. 2003. - Vol.170. -P.818-822.
18. Roberts R., Lieber M., Bostwick D. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes. // Urology. 1997. - Vol. 49. - P. 809-821.
19. Roberts R.O., Jacobson D.J., Girman C.J., Rhodes T, Lieber M.M., Jacobsen S.J. Prevalence of prostatitis-like symptoms in a community based cohort of older men. // J.Urol. 2002. - Vol.168. - P.2467-2471.

20. Robertson J.A., Stemke J.W. // J. Clin. Microbiol. 1982. - Vol.15. - P.873 -878.