

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН

Варикозное расширение вен (ВРВ) — заболевание вен, выражающееся в увеличении их размеров, изменении формы и уменьшении эластичности. Поражаются преимущественно поверхностные вены нижних конечностей, венозные сплетения прямой кишки (геморроидальные вены), вены пищевода, воротной системы и семенного канатика.

Развитию ВРВ способствуют условия, затрудняющие отток крови по венозной системе: систематическое длительное пребывание на ногах, связанное с профессиональной деятельностью (повара, продавцы, парикмахеры), сдавление вен таза маткой во время беременности, застойные явления в венах таза, например, при упорных запорах, сидячей работе. К возникновению заболевания предрасполагают врожденная слабость венозной стенки и недостаточность венозных клапанов.

Чаще наблюдается ВРВ нижних конечностей, при котором расширенные вены просвечивают либо выступают под кожей в виде извитых тяжёлых узлов — так называемые варикозные узлы. Кожа над ними истончена вследствие нарушения ее питания и легко повреждается; на ней появляются темно-коричневые или бурые пятна (пигментация). Нарушение питания кожи со временем может привести к возникновению трофических язв. ВРВ часто сопровождается отеками конечностей, появляющимися к концу дня. Больные отмечают быструю утомляемость ног при ходьбе, ощущение тяжести и боль в ногах, усиливающиеся при долгом стоянии и к вечеру. При прогрессировании заболевания отек конечностей нарастает, ходить становится все труднее. Изменения, возникающие в расширенных венах, замедление в них кровотока предрасполагают к воспалительному процессу в венах и к их закупорке (тромбофлебит).

Нарушение кровоснабжения приводит к развитию трофических язв, дерматита, экземы, рожистого воспаления. Такие осложнения, как острый тромбофлебит, кровотечение из варикозных узлов, уже требуют хирургического вмешательства. Необходимо помнить, что тромбоз глубоких вен особенно опасен, т.к. высока вероятность возникновения тромбоэмболии, в том числе опасной для жизни тромбоэмболии легочных, коронарных и мозговых сосудов, а попадание крупного тромба в полость сердца может вызвать его остановку (тампонада сердца).

При выраженном ВРВ проводят хирургическую операцию — удаление расширенных вен. В отдельных случаях может быть рекомендована склерозирующая терапия — введение в варикозно-расширенные вены специальных лекарственных средств, которые повреждают внутренний слой венозной стенки и формируют рубец.

Чтобы предупредить развитие ВРВ и его осложнений, необходимо проводить профилактические мероприятия. Они наиболее эффективны в раннем периоде ВРВ, когда расширение вен еще незначительно, поэтому следует как можно раньше обратиться к врачу и аккуратно выполнять его рекомендации.

Не следует носить обувь на плоской подошве и с каблук выше 5 см. Целесообразно, особенно при малоподвижном характере работы, каждые 45 мин-1,5 часа немного походить или 10-15 раз подняться на носки. Возникающие при этом сокращения мышц улучшают кровообращение, усиливая венозный кровоток. При длительном сидении не следует скрещивать ноги, а время от времени следует класть ноги на стол на 3 минуты. После работы рекомендуется медленная прогулка на небольшое расстояние. Рекомен-

дуется спать, подложив подушечку под ноги. Во избежание осложнений следует избегать сауны и горячей ванны.

Ежедневно массируйте ноги, начиная с подошвы и поднимаясь к бедрам. Избегайте продолжительного (дольше 40 минут) пребывания на солнце, используйте защитный крем. Придерживайтесь правильного режима питания. Избегайте жиров, даже растительных. Ешьте продукты с высоким содержанием витаминов (свежие овощи, фрукты, ягоды). Из мяса ешьте белое мясо индейки и курицы, ограничьте количество яиц. В идеале — паровая кухня. Пейте не менее 1,5 л жидкости в сутки.

Хороший профилактический эффект (в том числе при беременности) дает бинтование эластичным бинтом (бинт накладывают утром, не вставая с постели). Вместо бинта можно использовать специальные эластичные чулки и колготки.

Препараты для системного применения

Аесцин: Эскузан 20, Эскузан (+Тиамин).

Диосмин: Детралекс.

Гесперидин.

Рутосид: Венорутон.

Трибеносид: Гливенол.

Троксерутин: Троксевазин, Троксерутин Врамед, Гинкор Форт (+гептаминол+гинкго билоба).

Комбинированные препараты

Анавенол, Цикло-3 Форт.

Гомеопатические препараты

Венза.

Препараты для наружного применения

Аесцин: Венитан.

Рутосид: Венорутон.

Троксерутин: Троксевазин, Троксерутин Врамед, Гинкор гель (+гептаминол+гинкго билоба).

Комбинированные препараты

Цикло-3.

Препараты для склерозирования варикозно-расширенных вен
Лауромакрогол 400.

Тетрацикл сульфат натрия: Тромбовар.

Антитромботические и противосвертывающие средства

Вне острого периода при лечении пероральными антикоагулянтами необходимо контролировать показатели системы свертывания крови.

Антикоагулянты прямого действия

Гепарины среднемoleкулярные

Гепарин: Гепарин, Гепарин-Рихтер.

Гепарины низкомолекулярные

Дальтепарин: Фрагмин.

Эноксапарин: Клексан.

Надропарин: Фраксипарин.

Антикоагулянты непрямого действия

Аценокумарол: Аценокумарол.

Фибринолитики

Стрептокиназа.

Урокиназа.

Рекомбинантный активированный протеин С

Дротрекогин Альфа: Зигрис.

Антиагреганты

Абциксимаб: Реопро.

Ацетилсалициловая кислота: Тромбо Асс, Аспирин, Аспирин Кардио, Кардиомагнил (+гидроксид магния).

Клопидогрель: Плавикс.

Дипиридамол: Курантил, Персантин.

Тромболитики

Актилизе.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ (АДЕНОМА) И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В данном разделе рассматриваются воспалительные заболевания простаты: острый инфекционный простатит, хронический инфекционный простатит, конгестивный (застойный) простатит и острая гиперемия предстательной железы (простатизм), а также осложнения этих состояний. В этой главе также рассматривается доброкачественная гиперплазия простаты (аденома предстательной железы).

Prostates — стоящий впереди. Если иносказательно представить перевод анатомического термина с греческого, то действительно предстательная железа по распространенности заболевания и комплексу проблем, возникающих при этом, занимает ведущее место среди урологической патологии. Как известно, от заболеваний предстательной железы не умирают, но нередко жить с ними трудно, так как симптомы тягостны и связаны с той или иной степенью нарушения половой функции, чему мужчины в любом возрасте придают большое значение.

ВОСПАЛЕНИЕ ПРОСТАТЫ (ПРОСТАТИТ)

Диагностика и лечение простатита являются нелегкой задачей для врача, требуют значительных знаний и опыта, а от больного — терпения и организованности. К сожалению, в урологической практике превалирует легкое отношение к проблемам простатита, идут штампованные курсы лечения (без учета индивидуальных особенностей), а отсюда и бытующие неверие пациентов в успех лечения. Так можно ли вылечить хронический простатит? В умелых руках и при правильной поведенческой реакции пациента клиническое выздоровление не только возможно, но и неизбежно.

Существует множество классификаций простатита, отсюда весьма своеобразная терминология. В 1990 году американский уролог Stamey написал, что простатит является «мусорной корзиной для клинического невежества» из-за разнообразия используемых терминов, методов диагностики и лечения. В то же время несколько простых клинико-лабораторных тестов дают возможность правильно поставить диагноз, что позволяет начать проведение соответствующей терапии. Следует помнить, что помимо скудного кровообращения предстательная железа имеет мощную иннервацию, чем и объясняются выраженные боли при ее заболеваниях. Чувствительные симпатические и парасимпатические волокна попадают в нее из подчревного нервного сплетения. Поверхность железы опутана предстательным нервным сплетением и нервными узлами, от которых нервные импульсы идут в нижние крестцовые узлы симпатических стволов. Парасимпатические волокна начинаются в крестцовом отделе спинного мозга. Простата также получает ветви от почечного, аортального и брыжеечного нервных сплетений. Эти особенности объясняют многообразие клинических проявлений, соответственно и возможности опосредованного лечебного воздействия.

Целесообразно выделить несколько основных форм хронического простатита:

- Неинфекционный простатит:
 - острая гиперемия предстательной железы;

- застойный (конгестивный) простатит.
- Инфекционный простатит:
 - острый инфекционный простатит;
 - хронический инфекционный простатит.

Острая гиперемия предстательной железы

Заболевание обусловлено внезапным приливом крови к предстательной железе, что вызывается сильным сексуальным возбуждением.

Простатизм может возникнуть у молодых мужчин, не ведущих половую жизнь, у которых от природы не бывает поллюций. Острое кровенаполнение приводит к увеличению предстательной железы, следствием чего могут стать расстройства мочеиспускания в виде вытекания мочи по каплям, снижение выделения количества мочи и даже острая задержка мочи.

Обычно острая гиперемия предстательной железы возникает у мужчин в изолированных контингентах, где имеет место полная изоляция от женщин. Внезапное появление визуального объекта для полового возбуждения приводит к острому усилению либидо.

Такой больной обычно испытывает значительное нервное возбуждение, раздражительность.

Больной испытывает боли при мочеиспускании, боли в нижней части живота, болезненность при натуживании.

Диагноз, как правило, не представляет особенных трудностей.

Конгестивный (застойный) простатит

Застойный простатит обусловлен воздействием множества причин. Прежде всего, это нерегулярная половая жизнь. Застой вызывают также прерванное половое сношение, половые излишества и, наоборот, половое воздержание. Неполная эякуляция, которая имеет место при так называемом «привычном половом сношении», является одной из причин развития застойных явлений в предстательной железе. Половые излишества, особенно после полового воздержания, также способствуют застою кровообращения в венах таза. Возрастание эротического компонента в теле- и видеопередачах способствует усилению венозного застоя в тазовых и половых органах, что усиливается приемом алкоголя. Возникновение застойного простатита наиболее присуще мужчинам среднего и старшего возраста с нарушениями ритма половой жизни или у молодых людей, не живущих половой жизнью и не мастурбирующих.

Болевые симптомы при данном заболевании аналогичны таковым при инфекционных простатитах, но не ярко выражены. Боль незначительная, ноющая, локализованная в промежности, отдает в крестец и на внутреннюю поверхность бедер. Отмечается некоторая зависимость усиления боли от длительного воздержания и от преднамеренного полового акта.

Мочеиспускание учащено в первой половине дня. При этом отмечается мочеиспускание небольшими порциями (странгурия). Если накануне ночью было половое сношение, особенно не только с физиологическим, но и с психологическим оргазмом, то больная с утра мочится нормально, без странгурии и неуваженно.

Из сексуальных симптомов следует отметить некоторое снижение либидо, «бледность» оргазма, иногда неприятные ощущения при этом, уменьшение эрекции.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРОСТАТЫ И ДИАГНОСТИКА ПРОСТАТИТА

Диагностика. Современный арсенал диагностики заболеваний предстательной железы необычайно широк. Но существует тот необходимый минимум, без которого правильный диагноз поставлен быть не может.

1. Пальцевое обследование предстательной железы. Очень информативный способ. Тот факт, что 80% рака предстательной железы выявляется посредством ректального исследования, говорит сам за себя. Можно смело сказать, что этот метод исследования будет использоваться всегда.

2. Микроскопическое исследование секрета предстательной железы. Следует помнить, что увеличение числа лейкоцитов в секрете не всегда свидетельствует о простатите, так как методики получения секрета при массаже не гарантируют, что в него не попадет содержимое мочеиспускательного канала и семенных пузырьков. В то же время при явных признаках простатита секрет предстательной железы может быть нормальным. Это объясняется очаговостью воспаления, наличием части облитерированных (заросших), или закрывшихся, выводных протоков.

3. Бактериологические исследования порций мочи и секрета предстательной железы.

4. УЗИ предстательной железы — выявляются неомогенные умеренные эхопозитивные образования в инфильтративной стадии заболевания и выраженные при склерозирующем процессе.

5. Иммунологический и гормональный профиль (по показаниям).

6. Прочие специальные методы обследования (рентгенологические, компьютерная томография, КТ магнитно-ядерного резонанса, исследование ферментов предстательной железы, эндоскопические исследования и т. д.) необходимы при проведении дифференциальной диагностики и достаточно широко используются урологами в диагностически сложных случаях.

В диагностике также важно исключить наличие доброкачественной гиперплазии предстательной железы и рака простаты. Для наиболее точной диагностики рака простаты проводится радиоиммунное исследование уровня PSA (простат-специфический антиген) и отношения PSA/PSA free. Это единственный метод в мире, способный выявить рак простаты на наиболее ранней стадии, когда возможно полное излечение.

ЛЕЧЕНИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ПРОСТАТИТОВ

В лечении неинфекционных простатитов очень важны режимные моменты. Необходима регулярная половая жизнь, способствующая опорожнению предстательной железы и препятствующая застою и нарушению кровообращения в малом тазу. Необходимо избегать переохлаждений и длительного сидения, что особенно актуально для лиц, много времени проводящих за рулем.

Ниже описываются пищевые добавки и препараты растительного происхождения, предназначенные для лечения простатитов. При этом необходимо отметить, что, хотя они описаны в разделе неинфекционных простатитов, они так же эффективно могут применяться для лечения инфекционного поражения предстательной железы в дополнение к антибактериальной терапии.

Биологически активная пищевая добавка для профилактики и лечения простатита. В продукте содержится: порошок плодов пальмы сереноа репенс; пигеум африканум (слива африканская); масло семян тыквы; токоферол (витамин E); цинк глюконат. Данный продукт состоит из стероидных сапонинов, жирных кислот (каприловая, пальмитиновая, линолевая и линоленовая), фитостеролов, танинов. Действующие вещества — липидостероловый комплекс, образованный жирными кислотами и фитостеролами. Пигеум африканум, включающий ситостеролы, пентациклические тритерпеноиды, получают из коры вида *Pugium africanum* (Южная и Центральная Африка, Мадагаскар). В данной формуле эти вещества оказывают благотворное действие при гиперплазии простаты. Жирорастворимый экстракт плодов сереноа репенс обладает способностью ингибировать синтез дигидротестостерона, что лежит в основе антиандрогенных свойств данного продукта. Экстракт сереноа репенс обладает вазопротективными свойствами, уменьшает проницаемость сосудов. Эти свойства способствуют уменьшению симптомов доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Токоферол (витамин E) является сильным антиоксидантом, тормозит перекисное окисление липидов; участвует в различных процессах в организме, в том числе в биосинтезе белков, притканевом дыхании.

Показания:

- для профилактики и в составе комплексной терапии заболеваний предстательной железы, мочеполовой системы;
- для профилактики развития рака предстательной железы.

Кроме медикаментозных средств для лечения как инфекционных, так и неинфекционных простатитов применяются следующие физиотерапевтические методы: биоэлектростимуляция предстательной железы модулированными токами накожными или ректальными электродами; термотерапия в различных вариантах (в т. ч. высокочастотная термотерапия); магнитотерапия; микроволновая СВЧ-терапия; ИФЛ — инфракрасная лазерная терапия; ультразвуковая низкочастотная терапия и фонофорез лекарственных веществ.

Острый инфекционный простатит

Воспаление предстательной железы вызывают бактерии, обычно оно возникает в результате воспаления уретры. Воспаление простаты незаразно, не передается по наследству, не является симптомом рака. Это заболевание может развиться и в молодом возрасте. Не затягивайте с лечением в надежде, что «само пройдет». Лечение на ранней стадии заболевания не позволит бактериям «обосноваться» в простате, в противном случае может возникнуть хроническое воспаление, трудно поддающееся лечению.

Наряду с чувством жжения в мочеиспускательном канале, частым мочеиспусканием, ощущением распирания мочевого пузыря и ночными позывами появляются боль, высокая температура и озноб. Но, в отличие от воспаления уретры, боль не локализуется только в области полового члена, а распространяется и на живот. Может возникнуть боль во время эякуляции или дефекации. Иногда в моче появляется кровь, отчего моча приобретает розоватый цвет. В тяжелых случаях происходит прекращение мочеиспускания.

Боли, вызываемые воспалением предстательной железы, снимаются антиспазматическими препаратами и транквилизаторами. Облегчение приносят сидячие ванны. Врач должен

сказать, сколько жидкости следует употреблять. Слишком большое количество жидкости растягивает и без того напряженный мочевой пузырь. Не пейте кока-колу, чай и кофе — в них содержится кофеин, откажитесь от алкоголя. Половая жизнь противопоказана в течение 6 недель. По возможности старайтесь сидеть на жестком стуле, а не в мягком кресле.

Хронический инфекционный простатит

Диагноз хронического простатита вызывает гораздо больше трудностей, нежели острого, и в таком случае лечение более длительное и трудоемкое. Поэтому при первых признаках острого простатита желательно не затягивать с визитом к врачу.

Ни один мужчина не может считать себя застрахованным от возникновения хронического простатита, независимо от половой ориентации и образа жизни. Мнение об этой болезни как об уделе людей, ведущих беспорядочную половую жизнь и часто страдающих заболеваниями, передающимися половым путем, абсолютно ошибочно, хотя риск заболеть у них несколько выше. Важнейшим предрасполагающим фактором в возникновении этого заболевания является застой в предстательной железе, причинами которого могут быть сидячий образ жизни, неполная эякуляция при «привычном» половом акте (лишенном эмоциональной окраски), нерегулярность половой жизни (под регулярностью понимается ритм, привычный именно для этого человека), половые излишества и т. д. Возникновение хронического простатита у человека, никогда не болевшего ЗППП, возможно, но достаточно редко. Такой простатит называют неинфекционным. Обычно выделяют две стадии течения простатита. Инфекционная стадия заболевания, длящаяся всего 1-2 месяца, обусловлена непосредственно инфицированием хламидиями, микоплазмами или другими возбудителями ЗППП. Постинфекционная стадия может длиться неограниченно долго, основным механизмом ее возникновения являются анатомические нарушения в предстательной железе и аутоиммунные процессы. В этой стадии инфекционный агент может не определяться при лабораторных исследованиях и даже вообще отсутствовать, но воспалительный процесс при этом продолжается.

Для хронического простатита характерны функциональные расстройства, которые можно разделить на три группы:

- расстройства со стороны мочевого аппарата (частичная задержка мочи, частые и болезненные позывы к мочеиспусканию и т. д.);
- расстройства половой функции (боль в уретре и прямой кишке при эякуляции, слабая эрекция, преждевременная эякуляция, утрата оргазма и т. д.);
- расстройства нервной системы (невротические расстройства, обусловленные фиксацией внимания больных на своем состоянии).

Хроническое воспаление предстательной железы может продолжаться неопределенно долго, но течение хронического простатита не бывает монотонным, с одинаковой интенсивностью проявлений. Как правило, этому заболеванию свойственны периодические обострения, сменяющиеся периодами относительного затишья. Исход хронического простатита зависит от инфекционного фактора, формы заболевания, состояния организма и характера лечения. В зависимости от них исходом хронического простатита могут быть:

- полное и стойкое выздоровление;

- выздоровление с наличием остаточных изменений (обычно рубцовая атрофия в ткани предстательной железы и соседних органах);

- переход в более или менее длительное состояние улучшения с последующим обострением воспалительного процесса.

Основой удачного лечения инфекционного простатита является правильный подбор антибактериальной терапии в зависимости от возбудителя. Поскольку симптомы простатита, как правило, не зависят от возбудителя, их вызвавшего, для его выявления необходимо провести ряд специфических анализов, позволяющих правильно определить возбудителя.

Для медикаментозного лечения простатита используют несколько групп препаратов, обладающих антибактериальным действием:

Группа ко-тримоксазолов — Бисептол, Суметролим, Ко-тримоксазол, Бактрим, Дуосептол, Ко-Тримоксазол-ICN и др.

Группа фторхинолонов — офлоксацин (Заноцин, Офлоксин 200, Таривид, Глауфос), ломефлоксацин (Максаквин, Окацин), норфлоксацин (Норбактин, Нолицин, Нормакс), ципрофлоксацин (Ципринол, Ципробит, Цифран, Абактал, Пипем, Спарфло, Ципролет, Цилоксан, Ципромед, Ципрофлоксацин), флехфлоксацин (Хинодис).

Группа цефалоспориновых антибиотиков. В настоящее время существует четыре поколения препаратов этой группы: цефалоспорины I поколения — цефазолин (Цефазолин, Кефзол, Золфин, Лизолин, Прозолин, Цефоприд и другие), цефалексин (Цефалексин, Оспексин, Споридекс, Цефаклен и другие), цефалоспорины II поколения — цефуроксим (Суперо, Зиннат, Зинацеф, Кетоцеф, Аксетин и другие), цефалоспорины III поколения — цефтриаксон (Лендацин, Офрамекс, Тороцеф, Роцефин и другие), цефтазидим (Фортум, Тазидеф и другие), цефалоспорины IV поколения — цефтиром (Кейтен), цефепим.

Макролиды — джозамицин (Вильпрафен), спирамицин (Ровамицин), эритромицин (Эритромицин, Грюнамицин), азитромицин (Сумамед, Азивок), кларитромицин (Кларид, Криксан, Фромилд).

Нитрофураны — фуразидин (Фурагин), фуразолидон (Фуразолидон), нитрофурантоин (Фурадонин) и другие.

Пенициллины — амоксициллин (Амоксициллин, Оспамокс, Хиконцил, Флемоксин солотаб, Грюнамокс, Раноксил, Амотид), ампициллин (Ампициллин, Ампициллин тригидрат, Росциллин, Стандациллин), комбинированные (Ампиокс, Уназин, Амоксиклав, Аугментин, Моксиклав) и другие.

Тетрациклины — тетрациклин (Тетрациклин), доксициклин (Доксициклин, Юнидокс Салютаб, Вибрамицин, Тетрадокс, Доксилан, Доксициклин Никомед и другие).

Препараты других групп — Витапрост, Гентос, Тыквеол, Селена Вэл.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (АДЕНОМА ПРОСТАТЫ)

После шестидесяти лет увеличенная предстательная железа может начать давить на мочеиспускательный канал, расположенный в центре железы, и на мочевой пузырь, лежащий выше. В результате нарушается процесс мочеиспускания, что характерно для многих пожилых мужчин.

Такое состояние называется доброкачественным увеличением предстательной железы, вызванным незлокачествен-

ными новообразованиями. Подобное увеличение не считается болезнью — это всего лишь неприятное проявление процесса старения. Примерно в этом же возрасте клапаны мочевого пузыря, контролирующие поступление мочи, начинают утрачивать упругость и становятся дряблыми. Даже у молодых людей эти мышцы не всегда функционируют нормально. Иногда они могут сокращаться, в результате происходит задержка мочеиспускания. Ослабленные клапаны в сочетании с увеличенной предстательной железой доставляют пожилым мужчинам много неприятностей.

Симптомами увеличения предстательной железы и снижения эластичности мышц мочевого пузыря можно считать следующие:

- ослабление струи мочи,
- задержка струи в начале мочеиспускания,
- необходимость усилия в начале или в процессе мочеиспускания,
- прерывание мочеиспускания,
- медленное ослабление струи перед его окончанием,
- выделение капель мочи после окончания мочеиспускания.

Иногда наблюдаются частое мочеиспускание и чувство распирания мочевого пузыря. Случается, мужчине приходится вставать по пять раз за ночь. Струя мочи может появляться с задержкой на 30 и более секунд. Само по себе увеличение предстательной железы не вызывает болезненных ощущений, однако побочные явления, т. е. нарушение мочеиспускания, довольно неприятны.

Увеличение предстательной железы значительно чаще наблюдается у мужчин в странах Запада. По результатам вскрытия, у 80,1% мужчин после 40 лет отмечается увеличение предстательной железы, а после 70 лет — у 95,5% мужчин. Конечно, эта статистика не слишком радует, но можно посмотреть на нее с другой стороны: судя по числу довольных, счастливых и активных мужчин пожилого возраста, увеличение предстательной железы при правильном отношении к своему здоровью не очень омрачает жизнь.

Не установлено, почему клетки простаты с возрастом начинают расти. Предстательная железа не увеличивается у мужчин, яички которых не функционируют. Это говорит о том, что в процессе роста клеток принимает участие тестостерон. Проведены интересные исследования о влиянии диеты и температуры тела. Считается, хотя окончательно это и не доказано, что профилактические меры в молодости приостанавливают процесс увеличения предстательной железы.

Профилактика увеличения предстательной железы

Регулярные эякуляции поддерживают предстательную железу и семенные пузырьки в здоровом состоянии. Возможно, они замедляют процесс уплотнения ткани, хотя это и не доказано. Ослабленные мышцы мочевого пузыря можно укрепить с помощью упражнений. Особенно полезны упражнения д-ра Кегеля. Даже если предстательная железа у вас уже увеличена, все равно никогда не поздно укрепить стенки мочевого пузыря. Старайтесь задерживать мочу в процессе мочеиспускания. Вначале делайте это очень медленно, поскольку резкое усилие может, напротив, вызвать мгновенное расслабление мышц, что принесет больше вреда, чем пользы. Исключительное значение имеет психологическая установка. Старайтесь не нервничать и не впадать

в панику из-за увеличения предстательной железы. Мочеполовая система так же, как и сердечно-сосудистая, плохо реагирует на напряжение и стресс.

Особые проблемы. Увеличение предстательной железы может колебаться от умеренного до значительного. Многие мужчины с умеренным увеличением простаты доживают до преклонных лет. Но у некоторых состояние может вдруг резко ухудшиться. Если вы заметили какой-либо из перечисленных ниже симптомов, немедленно обратитесь к урологу.

Боль во время мочеиспускания: увеличенная предстательная железа начинает давить на мочеиспускательный канал, в результате в нем могут образовываться небольшие рубцы. Возникает порочный круг: рубцы способствуют сужению канала, что, в свою очередь, вызывает появление новых рубцов. Сужение уретры препятствует полному опорожнению мочевого пузыря, оставшаяся моча становится причиной его воспаления, при котором появляется боль при мочеиспускании. Недержание мочи: к упомянутым выше изменениям добавляется растяжение мочевого пузыря из-за его неполного опорожнения. Мышцы мочевого пузыря слабеют и утрачивают эластичность и способность сокращаться.

Задержка мочи: мочеиспускательный канал постепенно покрывается рубцами и, в конце концов, полностью блокируется, т. е. становится непроходимым. Моча в нем задерживается, что вызывает воспаление. Давление в мочевом пузыре отрицательно влияет на почки. Полная непроходимость уретры и остановка мочеиспускания могут случиться внезапно. В этом случае моча должна быть выведена из организма, прежде чем такое состояние отразится на почках.

Массаж предстательной железы заключается в поглаживании ее пальцем, что приводит к «выжиманию» выделений. Во время массажа перед мочеиспускательным каналом ставят пустой сосуд. Выделения проверяют на наличие бактерий — это очень эффективный диагностический тест. Массаж простаты сразу снимает боль, вызванную отеком, но не следует делать его слишком энергично.

При подозрении на опухоль или острое воспаление массаж простаты не рекомендуется. Даже незначительный нажим может вызвать осложнения (например, воспаление придатков яичка). Большинство врачей — хотя, к сожалению, не все — понимают, насколько опасны последствия массажа предстательной железы. Повышенная температура, как правило, свидетельствует о наличии инфекции, а боли могут быть симптомом рака предстательной железы. В обоих случаях массаж противопоказан. Прежде чем делать массаж предстательной железы, убедитесь, что у вас нет указанных симптомов.

Специальный анализ крови помогает установить заболевание предстательной железы, в том числе и раковое. Определяют в крови количество определенного вида белка, который присутствует в небольшом количестве при здоровой предстательной железе. С помощью этого анализа также устанавливают, каковы результаты назначенного лечения при раке предстательной железы, появляются ли метастазы в других органах. Необходимо уменьшить количество жиров в пище. Потребление продуктов с повышенным содержанием животных жиров считается в настоящее время фактором, способствующим развитию рака предстательной железы. Снижает же риск возникновения рака предстательной железы бетакаротин, который содержится в моркови. «Если бы все люди после 50 лет регулярно проверяли прямую и толстую кишку на наличие раковых клеток, случаи успешного лечения составили бы 75%», — считает прези-

дент Американского ракового общества. Лечение злокачественных новообразований предстательной железы зависит от стадии заболевания, степени злокачественности опухоли и других факторов, характеризующих течение заболевания. В связи с низкой избирательностью действия химиотерапевтических препаратов предпочтение отдают комбинациям противоопухолевых средств (*флутамид* или *бикалутамид* + *гозерелин* или другой препарат этой группы).

Обследование с помощью зеркала прямой и толстой кишки помогает обнаружить болезни, не связанные с предстательной железой. Осматривают мышцы заднего прохода — при некоторых неврологических заболеваниях они могут быть ослаблены. Нарушение мочеиспускания может быть вызвано трещинами в заднем проходе или геморроидальными шишками. При обнаружении опухолей или полипов необходима биопсия. Цель регулярных обследований прямой кишки и нижней части толстой кишки — главным образом раннее выявление раковых новообразований.

Обследование проводят с помощью ультразвука (ультра-сонография), либо делают ректо- или колоноскопию, при которых в прямую кишку вводят трубку с зеркалом для осмотра стенок толстой кишки. С помощью трубки можно обследовать значительно большую часть кишечника, чем при пальпировании. Обследование простаты — безболезненная, но неприятная процедура. Во время осмотра может возникнуть сильный позыв испражниться, поэтому перед обследованием необходимо принять слабительное и поставить клизму, чтобы тщательно очистить прямую кишку. Кроме того, обследование неочищенной толстой кишки очень затруднено, а иногда просто невозможно.

При появлении первых же симптомов недержания мочи некоторые мужчины падают духом — требуют срочной операции, желают сразу «лечь под нож». Но существуют другие методы лечения гипертрофии простаты.

1. Физические упражнения. Попробуйте выполнить комплекс упражнений, разработанных специально для укрепления мочевого пузыря. Можете также самостоятельно делать упражнения Кегеля.

2. Медикаментозные препараты. Существуют препараты для укрепления мышц мочеиспускательного канала, уменьшения предстательной железы, а также для снятия напряжения гладкой мускулатуры.

3. Надрез. Сейчас разрабатывается методика надреза шейки мочевого пузыря с целью нормализации оттока мочи.

4. Ультразвук. Этот метод также находится на стадии изучения и заключается в дроблении разросшейся ткани с помощью ультразвука и отсасывании ее аспиратором.

5. Микроволны. Этот метод используется для удаления разросшейся ткани с помощью нагревания ее микроволнами.

6. Выжидание. В некоторых случаях после проведенного обследования состояние больного улучшается или, по крайней мере, стабилизируется. Причина этого явления неизвестна.

Некоторые урологи не рекомендуют своим пациентам методы, предложенные в пп. 3-5, тем более что какие-то из них еще только разрабатываются. Слишком велик риск поражения почек. Выбор лечения зависит от степени гипертрофии предстательной железы.

7. Ангиопластика. В мочеиспускательный канал с помощью катетера вводят небольшой баллончик. Лампочка помогает разместить его в нужном месте, то есть там, где сужен канал. Затем баллончик под давлением наполняется жидкостью, что вызывает расширение канала. Операция

длится 30 минут и делается амбулаторно. Катетер оставляют на несколько дней. Многие урологи считают, что перед операцией необходима биопсия, чтобы исключить возможность рака. Ангиопластика противопоказана при прогрессирующем увеличении предстательной железы. Баллончик вводят и в прямую кишку. Его помещают рядом с предстательной железой. В надутом состоянии он отодвигает предстательную железу от мочевого пузыря. Эта операция также довольно проста и может делаться амбулаторно. У 50 — 80% мужчин очень быстро наступает улучшение.

Однако пока слабой стороной данного метода является относительно большое количество рецидивов.

Некоторые врачи считают хирургическое вмешательство не самым лучшим методом, поскольку существует степень риска, хотя и незначительная. Согласно современным представлениям, прежде всего стоит попробовать лечение без хирургического вмешательства.

Более 80% мужчин с данной проблемой на сегодняшний день выбирают медикаментозное лечение. Ниже описываются лекарственные препараты, способные уменьшить гиперплазию предстательной железы.

Препараты для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы

С этой целью используются препараты, активным веществом которых является *финастерид* (*Проскар*, *Финаст*).

Финастерид является ингибитором фермента, который превращает тестостерон в более активный дигидротестостерон, снижает содержание дигидротестостерона в крови и ткани предстательной железы, угнетает стимулирующее действие дигидротестостерона на развитие аденомы предстательной железы. *Финастерид* обеспечивает долговременный симптоматический эффект при доброкачественной гиперплазии предстательной железы и улучшает качество жизни, определяющееся состоянием здоровья.

Препараты, применяемые при функциональных нарушениях мочеиспускания, связанных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

С этой целью применяются альфа-адреноблокаторы *альфузозин* (*Дальфаз*), *доксазозин* (*Кардура*, *Тоникардин*), *празозин* (*Польпрессин*, *Минипресс*, *Празозинбене*), *тамсулозин* (*Омник*), *теразозин* (*Корнам*, *Хайтрин*, *Сегетис*).

Фитопрепараты

Препараты растительного происхождения для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы и биологически активные добавки хорошо известны и широко применяются в Европе. В нашей стране в настоящее время для лечения этого заболевания используются следующие растительные препараты: *масло семян тыквы* (*Пепонен*, *Тыквеол*), *экстракт сливы африканской* (*Таденан*, *Трианол*), *крапива* (*Проставерн Уртика Ликвид*), *экстракт сабаль* (*Простаплант*, *Простамол Уно*, *Простагун Моно*, *Простагун форте*, *Пермиксон*, *Серпенс*).

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

Среди различных анемических состояний железодефицитные анемии (ЖДА) являются наиболее распространенными и составляют около 80% всех анемий.

Главной причиной является недостаток железа в организме (сидеропения), приводящий к образованию эритроцитов с малым содержанием гемоглобина (микроцитарная гипохромная анемия).

В настоящее время во всем мире отмечается высокая распространенность железодефицитной анемии (ЖДА). По данным ВОЗ, 600 млн человек страдает ЖДА. Наиболее часто анемия встречается у женщин детородного возраста, беременных и детей различных возрастных групп. В Европе и в России у 10-12% женщин детородного возраста развивается ЖДА.

Также железодефицитная анемия является самым распространенным анемическим синдромом (он составляет 80% всех анемий), характеризующимся нарушением образования гемоглобина вследствие дефицита железа в сыворотке крови и костном мозге и развитием трофических нарушений в органах и тканях.

Наряду с истинной ЖДА существует скрытый дефицит железа, который в Европе и России составляет 30%, а в некоторых регионах (север, Сев. Кавказ, Восточная Сибирь) — 50-60%.

Скрытый дефицит железа (предстадия ЖДА, латентная анемия, «анемия без анемии») характеризуется снижением железа в запасах и сыворотке крови при нормальном уровне гемоглобина; повышением железосвязывающей способности сыворотки (ЖСС); отсутствием гемосидерина в макрофагах костного мозга; наличием тканевых проявлений.

Наиболее подвержены развитию ЖДА женщины детородного возраста и дети. Наиболее частой причиной ЖДА являются хронические кровопотери, постепенно истощающие запасы железа в организме. Источником кровопотерь чаще всего являются патологические процессы в желудочно-кишечном тракте и женских половых органах. Возможно развитие ЖДА при кровоизлияниях в замкнутые полости (при эндометриозе, легочном сидерозе). Причиной ЖДА является нарушение всасывания, наблюдающееся чаще всего у больных хроническими энтеритами, синдромом нарушения всасывания и после обширных резекций кишечника, при резекции желудка с выключением двенадцатиперстной кишки.

Одной из уязвимых групп населения в отношении развития ЖДА являются беременные и кормящие. Потребности в железе у них выше в связи с его повышенным расходом на нужды плода, ростом материнских органов, развитием плаценты, увеличением массы эритроцитов, кровопотерей в родах, лактацией. Если повышенные потребности в железе не компенсируются, развиваются сидеропения и анемия.

Развитие ЖДА при некоторых хронических инфекциях связано с тем, что железо используется не на нужды эритропоэза, а на борьбу с инфекцией, фиксируясь в клетках системы фагоцитирующих мононуклеаров. Роль алиментарного фактора в возникновении ЖДА невелика. Подобные случаи развиваются в основном среди вегетарианцев и обусловлены недостаточным поступлением железа с пищей. Кроме того, алиментарные ЖДА встречаются в педиатрической практике в связи с однообразным питанием молочными продуктами.

Железо — жизненно важный для человека элемент, входит в состав гемоглобина, миоглобина, играет первостепен-

ную роль во многих биохимических реакциях. Находясь в комплексе с порфирином и будучи включенным в структуру соответствующего белка, железо не только обеспечивает связывание и высвобождение кислорода, но и принимает участие в целом ряде жизненно важных окислительно-восстановительных процессов. В норме процессы обмена железа в организме строго регулируются, поэтому их нарушения сопровождаются либо его дефицитом, либо избытком.

Основным источником железа для человека являются пищевые продукты животного происхождения (мясо, свиная печень, почки, сердце, желток), которые содержат железо в наиболее легкоусвояемой форме (в составе гема).

Железо всасывается в двенадцатиперстной и тощей кишке, где из пищи всасывается примерно 1-2 мг железа в сутки. Механизмы всасывания различны для двух типов всасывания железа, присутствующего в пище: негемового и гемового. Легче усваивается железо в составе гема, нежели вне его. Абсорбция негемового железа определяется диетой и особенностями желудочно-кишечной секреции. Всасывание железа тормозят танины, содержащиеся в чае, карбонаты, оксалаты, фосфаты, этилендиаминтетрауксусная кислота, используемая в качестве консерванта, антацидные препараты, тетрациклины.

Аскорбиновая, лимонная, янтарная, яблочная кислоты, фруктоза, цистеин, сорбит, никотинамид усиливают всасывание железа. Гемовые формы железа мало подвержены влиянию пищевых и секреторных факторов. Степень всасывания железа зависит как от его количества в потребляемой пище, так и от биодоступности.

Количество железа в пище даже при полноценном и разнообразном питании составляет 10-15 мг/сут, из которых только 10-15% усваивается организмом. Поэтому при ЖДА необходимо дополнительное применение препаратов железа, выпускаемых в виде различных солей. Поскольку ЖДА может являться только симптомом основного заболевания, то ее лечение должно назначаться врачом.

Следует помнить, что препараты железа могут вызвать тяжелые отравления, поэтому следует строго соблюдать дозировки и время приема препаратов. Препараты железа следует хранить в недоступном для детей месте, дабы избежать отравлений.

Препараты железа окрашивают стул в черный цвет. Могут окрашиваться также и зубы (временно). При отравлении или передозировке следует вызвать рвоту и немедленно обратиться к врачу.

Препараты железа

Глюконат железа: Ферронал.

Сульфат железа: Актиферрин, Сорбифер Дурулес, Гемофер Пролонгатум, Тардиферон, Ферроплекс, Актиферрин-композиум (+фолиевая кислота), Гино-тардиферон (+фолиевая кислота), Ферро-фольгамма (+фолиевая кислота и витамин В₁₂).

Фумарат железа: Ферретаб (+фолиевая кислота).

Трехвалентное железо: Феррум Лек.

Витамин В₁₂ и фолиевая кислота

Поскольку анемии часто бывают сочетанными и без определенных витаминов и микроэлементов усвоение железа в организме идет крайне медленно, следует принимать комплексные препараты для лечения анемии.

Гидроксикобаламин: Гидроксикобаламин.

Стимуляторы гемопоэза

Полидан (натрия нуклеоспермат), **Эритроestim.**

Эритропоэтин: Эпокрин, Эпрекс.

ИМПОТЕНЦИЯ И НАРУШЕНИЕ ЭРЕКЦИИ

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖСКОГО ОРГАНИЗМА

Гормонами называют физиологически активные вещества, контролирующие многие функции организма. Они вырабатываются железами внутренней секреции и поступают с потоком крови к месту назначения. К железам внутренней секреции относятся гипофиз, надпочечники, островки поджелудочной железы, щитовидная железа, околотитовидные железы, половые железы (яичники и яички).

Термин «тестостерон» восходит к двум корням: «тестес», или яички, и «стеро», означаемому принадлежность к группе химических соединений, называемой стероидами. Тестостерон является гормоном полового влечения (либидо) у обоих полов. Мужские гормоны носят название андрогены, от греческого слова «андрос» — мужчина, так как они отвечают за приведение в действие и развитие механизма образования мужских половых тканей, а не потому только, что производятся мужским организмом. Тестостерон осуществляет «омужествление» мужчины в течение всей его жизни. Около 95% тестостерона, то есть 6–8 мг ежедневно, вырабатывается в яичках, остальная часть производится в надпочечниках.

Иногда тестостерон называют гормоном победителей. Уровень его содержания в крови повышается после одержанной в борьбе победы, после удачного решения каких-то проблем. Чувство удовлетворения и праздничное настроение, охватывающие победителя, притормаживают образование стрессовых гормонов, обеспечивших достижение победы. Происходит усиленное выделение тестостерона. Совершенно очевидно, что стресс-гормоны и тестостерон действуют противоположным образом.

Если мужчина с нормальным содержанием тестостерона начнет принимать его извне, это не вызовет у него усиления полового влечения. Он не станет более мужественным, его поведение только в исключительных случаях будет носить более агрессивный характер. Отрицательная обратная связь ограничивает излишнюю половую возбудимость, тормозя производство собственного тестостерона организмом.

Поэтому результативность инъекций тестостерона при лечении вызываемых стрессом расстройств эрекции невелика.

Мужчины, страдающие нарушением эрекции, могут предполагать у себя недостаток тестостерона. Однако это редкое явление. Эндокринолог может проверить уровень его содержания в крови. Если он действительно слишком низок, прием тестостерона извне вызывает кардинальное улучшение. Возрастает половое влечение, вполне удовлетворительной становится эрекция. После этого подбирается безопасная доза тестостерона. Пациента следует проинформировать о возможности вредного побочного действия тестостерона как в ближайшее время, так и в дальнейшем.

Существуют так называемые анаболические стероиды, синтетические гормоны, обладающие аналогичной тесто-

стерону структурой, — именно ими злоупотребляют в наши дни многие спортсмены. Дело в том, что тестостерон стимулирует синтез белка в организме, а это, в свою очередь, приводит к увеличению массы тела, особенно мышечной. Хотя все знают, насколько серьезную опасность для здоровья представляет подобная практика, это не отпугивает многих спортсменов, готовых заплатить за победу любую цену. Последние исследования в области неумеренного применения стероидов выявили много новых фактов. Установлено, что тестостерон оказывает на мозг токсичное воздействие. Как показали некоторые исследования, примерно у одной трети злоупотреблявших анаболическими стероидами увеличивается частота психических расстройств. Сначала появляются резкие перепады настроения. Потом приходят раздражительность, озлобление. У большинства наступали периоды тяжелой депрессии, примерно половина обследуемых имела слуховые галлюцинации.

Яички мужчины производят тестостерон в течение всей жизни.

С возрастом уровень тестостерона может падать. По мнению некоторых ученых, у многих мужчин, живущих в постоянном напряжении и испытывающих стресс, наблюдается снижение уровня тестостерона. Эти специалисты считают, что в таких случаях целесообразно проведение терапевтического лечения для повышения уровня тестостерона, а женщинам, после менопаузы, при необходимости — прием эстрогенов. Но против тестостерона выдвигается обвинение в том, что он способствует инфаркту сердечной мышцы и раку предстательной железы — двум величайшим убийцам представителей мужского пола. Вопрос лечения тестостероном относится к разряду спорных.

Судя по всему, производство тестостерона организмом осуществляется в 24-часовом цикле. Как показали замеры, своего пика оно достигает перед рассветом. Это весьма счастливое обстоятельство. Сон не только восполняет потери тестостерона, но и придает энергию, которая помогает использовать повышенное содержание гормона. Затем, особенно после 10 часов, уровень тестостерона падает.

Другим гормоном, представляющим интерес в связи с рассматриваемой проблемой, является мелатонин. Этот гормон стимулирует выделение меланина (он вызывает потемнение кожи, защищающее ее от действия ультрафиолетовых лучей). Мелатонин действует при дневном свете и предположительно принимает участие в регулировании сна, настроения и полового влечения. Это ли не объяснение популярности солнечных ванн по выходным дням? Мелатонин является соединением, отвечающим за связь между освещением и перепадами настроения зимой. По мере того как уходит день, понижается интенсивность полового влечения примерно у 5 миллионов американцев с расстройствами гормональной системы. Показатели уровня тестостерона в течение года меняются. По данным исследований, именно мелатонин вызывает сезонное ослабление полового влечения.

Не следует забывать, что половое влечение имеет свои законы. Несмотря на снижение уровня тестостерона и уменьшение числа эрекции, либидо присутствует в организме постоянно.

Иногда падение уровня тестостерона становится заметным только после шестидесяти. Снижение уровня гормо-

на редко вызывает ослабление полового влечения. Потеря половым членом упругости связана с естественным процессом старения, а не с понижением содержания тестостерона. Если на мышцу долгое время не давать физической нагрузки, она теряет эластичность и силу. Через некоторое время она атрофируется от бездействия и уменьшается в размерах. В мужском половом органе находятся гладкие мышцы, которым, как и другим мышцам, нужна постоянная тренировка. Ночные эрекции активно участвуют в поддержании кровообращения, но этого может быть недостаточно. Ведь половой член — не изолированная часть человеческого тела. Предстательная железа, например, нуждается в регулярной эякуляции, хотя и не обязательно частой, чтобы избежать чрезмерного напряжения. Проблема атрофии вследствие отсутствия нагрузки не затрагивает молодых мужчин. Они могут не опасаться воздержания, в крайнем случае, можно разрядиться с помощью мастурбации. В зрелом возрасте дело обстоит иначе. Чем дальше, тем слабее выражается оргазм, тем быстрее происходит атрофирование при отсутствии нагрузки. Пожилые мужчины обычно считают, что половой акт должен сводиться к вводу полового органа во влагалище и фрикциям. Они не признают взаимной мастурбации, считая ее чем-то неприличным. Это приводит к отказу от секса, как только частичная потеря членом упругости начинает затруднять половой акт.

Потребность любить и быть любимым, стремление к самовыражению в любовном акте не является привилегией молодости. Пожилые пары никогда не бывают слишком стары, чтобы отказаться от секса, если есть желание. Но и одинокий мужчина не должен отказываться от мастурбации из ложного чувства вины. Сексуальная активность помогает избежать атрофии полового органа вследствие бездействия.

МЕХАНИЗМ ЭРЕКЦИИ

Термин «эрекция» происходит от латинского «эригер», что означает быть выпрямленным, твердым. Такое происхождение слова ко многому обязывает. Итак, если половой член наполнился кровью, но не стал твердым, упругим, это значит, что эрекция неполная. Но это слово имеет много других значений. «Эректус» означает «почтенный», «благородный», «выдвинутый на должность», «возведенный в чин».

Половой член состоит из трех продольных тел, наполненных губчатými, или эректирующими, тканями, окруженными мельчайшими кровеносными сосудами. Два внешних тела, так называемые «пещеристые тела», во время эрекции становятся твердыми и упругими. Внутреннее, или губчатое, тело окружает уретру (мочеиспускательный канал) и переходит в головку полового члена. И губчатое тело, и головка во время эрекции уступают по твердости пещеристым телам. Эректирующие ткани, из которых состоят как пещеристые, так и губчатое тела, способны наполняться кровью. В этом и заключается сущность эрекции: в пещеристых и губчатом теле накапливается кровь. Сначала происходит удлинение уретры. Далее следует стадия тумесценции, в ходе которой губчатое и пещеристые тела расширяются и заполняются кровью. Последняя стадия эрекции — твердость. Весь пенис становится упругим, поднимается вверх и вперед.

Эрекция носит ограниченный характер, ведь половой член может увеличиваться только в определенных пределах. Роль ограничителей в данном случае выполняют прочные оболочки эректирующих тел, покрывающие каждую дополнительную оболочку, так называемая «фасция пениса».

Как и в других органах тела, кровоснабжение полового члена осуществляется в результате деятельности сердца. По артериям свежая кровь поступает в область гениталий. После усвоения расположенными здесь тканями кислорода и питательных веществ из артериальной крови отработанная кровь поступает в венозную систему.

В состоянии покоя давление крови в половом члене невелико. При сексуальном возбуждении кровообращение в пенисе усиливается иногда в 26 раз; в этом случае через него проходит около 25–35 мл крови в минуту. В этот момент кровь накачивается в член под значительно большим давлением. Только в состоянии эрекции давление крови в половом члене можно сравнить с давлением в других органах. Наполненные кровью, эректирующие ткани начинают сдавливать отводящие вены. Последние сужаются, но не перекрываются полностью, через член все еще проходит около 12 мл крови в минуту. Чтобы поддерживать эрекцию на этом уровне, кровь должна поступать в половой орган с прежней скоростью. Когда количество крови, поступающей в половой член и вытекающей из него, выравнивается, его величина и упругость не меняются и состояние эрекции продолжается.

Непрекращающаяся, постоянная эрекция, если таковая была бы возможна, причиняла бы большие неудобства. Поэтому половой член устроен таким образом, что в спокойном состоянии в него поступает не слишком много крови. Пещеристые тела уменьшаются и становятся вялыми. Высокая концентрация мелких кровеносных сосудов в этом маленьком пространстве возможна благодаря тому, что они имеют форму микроскопических штопоров. Спиралевидная форма способна оказывать сильнейшее сопротивление потоку проходящей через половой член крови, предохраняя его от эрекции в неподходящее время. Здоровая сердечно-сосудистая система является необходимым условием осуществления эрекции. Любые нарушения, замедляющие или задерживающие приток крови через пенис, отрицательно сказываются на способности к эрекции.

Для эрекции необходимо также правильное функционирование нервной системы. Усиление притока крови к половым органам может происходить только по сигналу выходящих из нижней части спинного мозга срамных нервов. В состоянии полового возбуждения эти нервы выделяют химическую субстанцию, играющую роль передатчика нейронов. Под ее воздействием гладкие мышцы, окружающие малые артерии, ослабевают. В результате снижается сопротивление, оказываемое артериями потоку крови. Высокое давление накачивает в закупоренные микроскопические сосуды дополнительное количество крови, вследствие чего сосуды заполняются, под действием наполнителя они расправляются и растягиваются. Эректирующие ткани пещеристых тел растягиваются и набухают, увеличенные пещеристые тела натягивают окружающие их оболочки, а те, в свою очередь, давят на заполненные кровью ткани: половой член становится большим, твердым и упругим.

Таким образом приходит в действие механизм эрекции. Нервные центры, управляющие эрекцией, расположены в головном мозге и нижней части спинного мозга. Они находятся под защитой черепа и позвоночника.

Вследствие повреждения нервной системы может наступить паралич, и тогда при возникновении полового возбуждения эрекции не будет. Импотенция может наступить также вследствие травмы головного или спинного мозга.

Психогенная эрекция вызывается нервными центрами головного мозга. Приходя в состояние возбуждения, они посылают сигнал-команду, который передается по спинному мозгу к срамным нервам.

Рефлекторная эрекция — простая реакция на прикосновение. Сенсорные раздражители непосредственно воздействуют на нервные окончания полового члена, а также прямой кишки и мочевого пузыря. По нервам ощущения передаются в спинной мозг. Реакция срамных нервов носит автоматический характер. Она сравнима с миганием век.

Спонтанная эрекция возникает без участия сознания: происходит во время сна. Эрекция может иметь только рефлекторное или только психическое происхождение, но обычно оба типа возбуждения сосуществуют. И в годы пылкой юности, и в другие периоды жизни рефлекторную эрекцию можно использовать в тех случаях, когда подводит психическая эрекция. Это сугубо личный вопрос. Не следует недооценивать рефлекторную эрекцию. Особенно велико ее значение при некоторых видах заболеваний, а также при ослаблении потенции в пожилом возрасте.

Некоторые мужчины считают, что половое влечение на 95% является результатом деятельности высших форм сознания. Другие горячо протестуют: по их мнению, следует говорить о 99%. Но независимо от этих процентов осознанное поведение мужчины, его оценка самого себя, партнерши и жизни вообще самым решительным образом влияют на его потенцию. В действительности эрекция куда более тонкий процесс, чем принято судить.

Эрекцию нельзя вызвать по заказу, как нельзя воздержаться от нее по желанию.

Существует множество факторов, оказывающих влияние на эрекцию. Иногда эрекция в большей степени зависит от партнерши, а не от самого мужчины. Это может ограничивать его активную роль. В данном случае не имеет значения ни общественное, ни имущественное положение, ни образование мужчины. Отсутствие эрекции в критический момент — страшный удар по его самолюбию и чувству собственного достоинства. В этом вопросе мужчина проявляет сверхчувствительность и сверхранимость. Большинство мужчин находят в себе силы пережить временные неудачи. Но для некоторых эта ситуация глубоко унижительна и воспринимается как настоящая катастрофа, в результате чего возникает неуверенность в себе. Если подобные инциденты повторяются довольно часто, подключается подсознание, которое для спасения психики ликвидирует источник страданий, блокируя механизм эрекции. Так возникает психическая импотенция. Это парадокс сексуальной жизни мужчины. Нет такого мужчины, даже если он исповедует воздержание, который стремился бы стать импотентом. Поэтому импотенция порождает гораздо более сильные страдания, чем те, от которых она призвана защищать.

Эрекция как таковая может быть связана с эякуляцией, а может и не быть связана. Эякуляция может происходить и без эрекции.

Ночная эрекция. Существуют две стадии сна — со сновидениями и без них. Во время сновидений глазное яблоко быстро движется под веками. Это и есть так называемый REM (Rapid Eye Movement sleep), сон, сопровождаемый быстрыми движениями глазного яблока, известный также под названием парадоксального сна. Этот вид сна начинается примерно через 90 минут после засыпания.

Многие мужчины просыпаются по утрам с сильной эрекцией. Если они помнят свои сны и знают, что они не были эротическими, им кажется, что причиной эрекции является переполнение мочевого пузыря. Однако эрекция после пробуждения вовсе не связана с полным мочевым пузырем. Это так называемая «спонтанная ночная эрекция», возникающая в результате прерванного парадоксального сна.

Причины появления ночных спонтанных эрекций до конца не выяснены. У мужчин, особенно у тех, кто не ведет активной половой жизни, спонтанная эрекция иногда возникает и в дневное время. Одна из теорий гласит, что кровеносные сосуды полового члена должны регулярно испытывать нагрузку, заполняясь кровью, чтобы сохранить способность растягиваться. По другой теории, задача спонтанной эрекции заключается в обеспечении правильного функционирования предстательной железы путем регуляторной эякуляции. Спонтанные эрекции появляются в течение всей жизни мужчины. Они иногда возникают у детей, и родители могут замечать их у спящего ребенка. Их продолжительность и частота возрастают в подростковом возрасте. По достижении двадцати лет происходит постепенное ослабление спонтанных эрекций, однако у мужчин с высокой половой потенцией они возникают в течение всей жизни.

Успокаивающие препараты, снотворное, транквилизаторы оказывают влияние на парадоксальный сон и соответственно на качество спонтанных эрекций. Точно не известно, приводит ли это к ухудшению спонтанных эрекций и насколько устойчиво это влияние. Никто не знает, как сказывается прекращение спонтанных эрекций на эрекцию вообще. Однако установлено, что прием 50 г чистого алкоголя (100 г водки) вызывает торможение спонтанной эрекции. Общеизвестно, что у 50% страдающих импотенцией алкоголиков имеют место расстройства спонтанной эрекции.

Спад эрекции (детумесценция) — это процесс, противоположный возбуждению и увеличению члена в объеме. Отток крови из полового члена значительно интенсивнее, чем приток. Устраняется избыточное количество крови, давление падает, эректирующие ткани опадают. Мелкие сосудики снова сворачиваются и принимают вид маленьких спиралек-штопоров. Детумесценция проходит в два этапа. На первом — половой член сокращается до половины своей максимальной для эрекции величины. Необходимо примерно 10–15 минут, чтобы он пришел в состояние полного покоя. Это время может колебаться в широких пределах. Не следует забывать, что не существует такого понятия, как средняя эрекция. Детумесценция наступает, когда возникает чувство удовлетворения, ощущение положительного завершения; она может также произойти в результате снижения уровня полового возбужде-

ния. Это снижение обычно обусловлено эмоциональными причинами: страхом перед неудачей, недовольством собой, партнершей и, наконец, всем миром. «Фобии» и неудовлетворенность порождают душевные страдания, а психические переживания могут заблокировать эрекцию. Таким образом, это весьма тонкий процесс, тесно связанный с эмоциональными факторами.

В античной мифологии Приап — бог плодородия и размножения. У него был огромный, постоянно эрегированный половой член. В реальной жизни неспадающая эрекция — нечто ужасное. Приапизм может возникнуть в результате эрекции без сексуального возбуждения. Кровь попадает в половой член и не может из него вырваться. Задержка крови сопровождается умеренной, а иногда и сильной болью.

Каждый мужчина знает, что боль может остановить самую сильную эрекцию. Однако это не распространяется на приапизм. Задержка крови в пещеристых телах в дальнейшем может вызвать хроническую неспособность к эрекции. Появление тромба может привести к развитию из него рубцовой ткани. В результате еще больше затрудняется отток крови, а давление возрастает. На ранних стадиях приапизм поддается лечению медикаментозными средствами или с помощью физиотерапии. В противном случае возникает необходимость хирургического вмешательства с целью облегчения оттока крови и снижения давления. Это снижает боль, уменьшает риск омертвления тканей и хронической импотенции. Иногда приапизм появляется на фоне лейкоемии, малокровия или повреждения спинномозговых нервов. Существует предположение, что приапизм может развиваться в результате чрезмерной стимуляции полового члена, хотя это не доказано. Иногда приапизм развивается без видимой причины. Хотя приапизм можно отнести к редким заболеваниям, тем не менее он встречается в действительности. Если вы почувствуете боль, а детумесценция не наступит в течение обычного времени, срочно обратитесь к врачу. Чем раньше вы приступите к лечению, тем меньше риск возникновения нарушения эрекции в будущем.

У некоторых мужчин эрекция проходит медленно. После эякуляции половой член может оставаться в состоянии возбуждения более 20 минут. Приапизм сопровождается болевыми ощущениями и отсутствием полового влечения. Естественная задержка детумесценции не означает отсутствия удовлетворения. В этом состоянии мужчина часто стремится к продолжению полового акта, поскольку получил удовольствие во время него, а эрекция все еще продолжается. Это состояние прекращается самопроизвольно. Отток крови происходит свободно и без болевых ощущений.

Приапизм и детумесценция — совершенно разные явления. Затяжная эрекция не должна вызывать беспокойства. Заметьте время продолжительности эрекции. При этом следует исключить влияние таких затрудняющих эрекцию факторов, как алкоголь, усталость и тому подобное. Если эрекция действительно затягивается, обратитесь к врачу и убедитесь, что у вас все в порядке. Затяжная эрекция может быть симптомом нарушения кровообращения, которое с течением времени прогрессирует.

Как и в других касающихся здоровья вопросах, лучшее, что можно сделать — это провести профилактическое обследование.

НАРУШЕНИЯ ПОТЕНЦИИ

Потенцию можно определить как стремление осуществить половое сношение в сочетании с физической возможностью реализовать его. Независимо от наличия эякуляции потенция мужчины считается нормальной, если он хочет половых сношений и способен их осуществлять, насколько позволяют обстоятельства. Импотенцию можно определить как невозможность возбуждения. На сегодняшний день нарушение потенции рассматривают не только как нарушение эрекции у мужчины в момент полового контакта, но и как любые психологические и физиологические нарушения на любой фазе полового цикла.

Полноценный цикл полового реагирования включает:

- предварительную психическую установку (сексуальную мотивацию, чувство влечения и желания),
- вазодинамическое возбуждение (эрекцию),
- коитус,
- оргазм (мышечное напряжение, непроизвольные сокращения мышц промежности, сокращение простаты, семенных пузырьков), который сменяется фазой разрешения (общей расслабленностью, мышечным покоем, удовлетворением).

Импотенция имеет две причины:

1. Физическая неразвитость в результате органических заболеваний. Это физическая импотенция.

2. Слабое стремление к половым сношениям или полное их нежелание. Это импотенция психическая, которую иногда называют неспецифической.

Известный психиатр Зигмунд Фрейд называл импотенцию «самой частой неудачей в жизни человека». По некоторым данным, только в Соединенных Штатах импотенцией страдают 15–20 миллионов мужчин, то есть каждый восьмой. Во времена Фрейда чуть ли не все случаи считались психической импотенцией. Но сейчас известно, насколько ошибочным было это мнение.

Сейчас считается, что в 70% импотенция носит чисто физический характер, из чего следует, что лечить надо органические заболевания. Даже незначительные недомогания, как правило, влияют на функции других органов. Импотенция может быть важным симптомом серьезного недуга.

Существует четыре основных органических нарушения, которые могут привести к импотенции:

- Диабет или его латентная форма.
- Нарушение кровообращения, ведущее к снижению возбуждения: уплотнение аорты, гипертония, болезни сердца.
- Заболевание нервной системы, затрудняющее поступление сигналов о возбуждении из головного мозга или позвоночных нервов. Это неврологические заболевания.
- Низкий уровень тестостерона, блокирующий сексуальное влечение.

Гормональные нарушения — одна из наиболее редких причин физической импотенции.

Психическая импотенция, связанная со стрессовыми факторами (иногда на бессознательном уровне), нарушающими эрекцию.

Для лечения психической импотенции необходимо обратиться к сексологу, т. е. к медицинскому психологу, занимающемуся вопросами сексуальных расстройств.

Ниже описаны некоторые методы исследований, которые проводят в случае импотенции.

Фармакологический метод. Медикаментозные препараты, которые вводятся в пещеристые тела полового члена, вызывают эрекцию, продолжающуюся от 3 до 15 минут. Если пещеристые тела наполняются только частично, причиной затрудненной эрекции может быть неполная проходимость артерий. Поступление крови и проникновение ее в пещеристые тела иногда блокируются склеротическими образованиями, которые находятся на стенках артерий и уплотняются в результате отложения кальциевых солей. Если эрекция неполная или продолжается менее 15 минут, причиной могут быть вены. Кровь не задерживается в пещеристых телах, и эрекция не может поддерживаться.

Измерение артериального давления. Давление в артерии полового члена измеряется так же, как на предплечье. На основание полового члена накладывается специальный маленький манжет шириной в 3 см. Рядом с пещеристыми телами помещают ультразвуковой стетоскоп Допплера. Когда давление в манжете сравняется с давлением в артерии полового члена, в стетоскопе раздается регистрационный сигнал. Исследование повторяют после бега, потому что после физических усилий (например, после полового сношения) кровь направляется в ягодицы или ноги. Давление в артерии полового члена должно составлять как минимум 70% от давления в предплечье.

Температурный метод. Для измерения температуры полового члена термометр вставляют в мочеиспускательный канал. Если температура ниже температуры тела, это свидетельствует о недостаточном поступлении крови. Температура на 0,9 и более градусов ниже температуры тела может означать блокаду артериальных сосудов.

Термография — это цветная карта, показывающая температуру разных участков полового члена. Среднее повышение температуры составляет 2%. Область более слабой окрашенности хуже снабжена кровью.

Кавернозометрия позволяет определить место, куда затруднен приток крови. Она измеряет давление в пещеристых телах. Эрекцию вызывают с помощью специального препарата или вливания физиологического раствора в каждое пещеристое тело отдельно. В вену вводят радиоактивный краситель. Степень радиоактивности минимальная и неопасна для здоровья. С помощью счетчика Гейгера создают карту кровообращения. Там, где имеется более слабый приток крови, радиоактивность меньше.

Кавернозография — это исследование венозного тока крови во время эрекции с помощью рентгеновского луча.

Независимо от характера импотенции — физического или психического — для мужчины она всегда трагедия, которая приносит ему много страданий. Импотенция может наложить отпечаток на все его поведение, так что иной раз трудно выявить истинную причину этого сексуального нарушения. Поскольку тело и разум неразрывно связаны, физическая импотенция вызывает психический стресс, и наоборот. У некоторых мужчин при импотенции эрекция все же бывает, но она очень непродолжительна, то есть возникает, но ненадолго. В данном случае разница может показаться незначительной, но с психологической точки зрения имеет принципиальное значение. Мужчина, считающий себя импотентом, находится в состоянии нервного напряжения и беспоконья. Если же он посмотрит на эту проблему по-другому и решит, что ему просто трудно удерживать эрекцию, к нему может вернуться психическое равновесие.

Важным фактором является возраст. В 40 лет причины импотенции на 80% психические и только 20% — физические. К 80 годам картина меняется: 80% составляют случаи физической импотенции и только 20% — психические. Все мужчины должны знать, что независимо от причин импотенция может быть вылечена в 95% случаев.

Некоторые лекарственные препараты нарушают кровообращение в половом члене и препятствуют поступлению к нему нервных сигналов, вызывая импотенцию. К ним относятся успокоительные, антиспазматические препараты и лекарства, применяемые при некоторых врожденных заболеваниях, гипертонии. В таком случае врач иногда отменяет препарат или снижает дозу.

Некоторые лекарства, которые продаются без рецепта, — против простуды и гриппа, мочегонные препараты, таблетки для похудения — могут нарушить кровообращение.

Наркотические средства отрицательно воздействуют на центральную нервную систему, поэтому следует их избегать. Длительное употребление алкоголя снижает эластичность артерий, отрицательно влияет на нервные ткани и печень. При некоторых заболеваниях печени вырабатывается химическое вещество, которое связывается с тестостероном и снижает его функцию.

Некоторые препараты для лечения импотенции не действуют в организме человека, употребляющего алкоголь. Никотиновые смолы, никотин и другие компоненты сигаретного дыма сами по себе не являются причиной импотенции. Однако они вызывают сужение и спазмы кровеносных сосудов, что усиливает любое нарушение потенции, независимо от его первоначальной причины.

Проведенные в 1989 году в Соединенных Штатах исследования показали, что 80% импотентов — заядлые курильщики. Даже минимальное напряжение тонких артерий полового члена может привести к их полной закупорке.

Одна треть патологических изменений в области полового члена вызывает импотенцию. Болезнь Паркинсона, заболевания почек, алкоголизм, инфаркт, опухоли мозга становятся причиной нарушения эрекции, только когда задеты соответствующие нервы или нарушено кровообращение. При травме позвоночника, если поврежденное место находится выше центра эрекции, может сохраниться рефлекторная эрекция, но психические раздражители ее не вызывают.

Диабет

Основной причиной импотенции является диабет. При этом заболевании организмом ненормально усваиваются углеводы.

У здорового человека потребляемый сахар выделяется из крови и перерабатывается в печени в гликоген. Уровень сахара в крови контролирует инсулин — гормон, продуцируемый поджелудочной железой.

При диабете в результате недостатка инсулина сахар не сгорает и не может служить источником энергии. Поэтому уровень сахара в крови очень высок. Это заболевание еще называют гипергликемией. Избыток сахара отфильтровывается почками и выводится из организма с мочой. При диабете необходимы анализы мочи и крови на сахар.

Если человек болен диабетом много лет, это приводит к серьезному поражению большинства тканей и органов. Повреждаются нервы, большие артерии и тонкие кровеносные сосуды в области полового члена. Поскольку для наступления эрекции необходимы нормальная нервная проводимость и кровообращение, возникает диабетическая импотенция. Несмотря на то что уровень тестостерона не понижен, половое влечение сохраняется, эрекция не наступает.

При умеренном диабете появляются чувство усталости, постоянная жажда, нарушается зрение, но отеков сначала нет. При тяжелых формах наблюдаются учащенное мочеиспускание, сильная жажда, голод. При появлении этих симптомов срочно обратитесь к врачу.

Диабет встречается часто. В Соединенных Штатах им болеют более 2 миллионов мужчин. У 50% из них диабет приводит к импотенции. Чем мужчина старше, тем больше вероятность, что диабет станет причиной импотенции. Считается, что после 50 лет возможность возникновения импотенции в результате диабета составляет 50–75%, а в 25–49 лет — 25–30%.

У мужчины, больного диабетом, тестостерона вырабатывается не меньше, чем у здорового. С точки зрения сексуальности он совершенно нормален, поэтому у него не должно возникать комплексов относительно своей мужской состоятельности.

Нарушение эрекции имеет много названий. Большинство из них не отражает сути заболевания. Многие мужчины не являются импотентами в полном смысле этого слова: у них всего лишь имеются отклонения, которые легко ликвидировать. Само слово «импотенция» подразумевает полную невозможность эрекции. Термины «периодическая» или «вторичная» импотенция говорят о том, что нарушение началось недавно, до того момента эрекция была вполне удовлетворительной. Термин «эрекционная дисфункция» создает впечатление, что существуют серьезные проблемы. Наклеивание на мужчину ярлыка «импотент» равносильно вынесению окончательного приговора. Это снижает его уверенность, что является основным фактором, от которого зависит нормальная эрекция. Этот ярлык сыграет роль сбывшегося пророчества. Термин «стрессовая импотенция» представляется более удачным, чем «психогенная импотенция», поскольку само слово «стресс» хорошо отражает непосредственную связь между эрекцией и эмоциональным состоянием, подчеркивает, что тело и рассудок действуют сообща, а не независимо друг от друга. В употребление входит также термин «неспецифическая импотенция». Им обозначают те случаи, когда не определена ее органическая причина. Нарушение потенции, независимо от его причины, является состоянием, требующим квалифицированной медицинской помощи.

ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ПОТЕНЦИИ И НАРУШЕНИЙ ЭРЕКЦИИ

Лечение психогенных форм импотенции

Если нарушение потенции возникло вследствие депрессии или повышенной тревожности и при стрессе, эффек-

тивно применять препараты, обладающие мягким, противотревожным действием. Подбор данных препаратов должен проводиться врачом.

После снятия стрессовой реакции, а также при выраженных астенических состояниях целесообразно назначать тонизирующие препараты.

В последние годы все большее внимание для лечения астенических состояний, сопровождающихся «синдромом хронической усталости» и нарушениями сексуальной функции у мужчин, являются различные пищевые добавки, способствующие повышению работоспособности организма, снятию стрессовых реакций, улучшению общего тонуса. К преимуществам этой группы веществ можно отнести их безрецептурный отпуск, широту применения (их применение практически не имеет противопоказаний). В данном разделе описываются добавки, обладающие общеукрепляющим действием на мужской организм, в следующем разделе будут представлены пищевые добавки, разработанные для специфического усиления сексуальной функции мужчин.

При нарушениях сперматогенеза применяется растительный препарат **Спеман**.

Если данные методы не помогают, можно с высокой долей эффективности применять препараты, содержащие йохимбин. Необходимо отметить, что в настоящий момент на отечественном медицинском рынке представлено достаточно много пищевых добавок, содержащих экстракт йохимбе, которые могут применяться без рецепта врача. Как правило, они также содержат другие натуральные вещества для поддержания потенции, улучшения функций простаты, и повышения общего тонуса организма. Только немецкая компания Solvay Pharma производит препарат Йохимбин-Шпигель, который представляет собой чистый алкалоид — вытяжку из коры дерева Yohimbe.

При тяжелых, не поддающихся лечению формах импотенции целесообразно назначать препараты, напрямую воздействующие на потенцию и восстанавливающие эрекцию. Необходимо отметить, что эти средства являются сильнодействующими, с возможными неприятными побочными эффектами, особенно у лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Перед их применением необходимо проконсультироваться с врачом-андрологом. Также важно отметить, что они являются средством для лечения нарушений эрекции и ни в коем случае не должны применяться для увеличения нормальной потенции.

С 1970-х годов и по настоящее время прочное место в лечении импотенции заняло интракавернозное протезирование. В настоящее время выделяют четыре группы протезов: жесткие, полужесткие, многокомпонентные надутые и самонаполняющиеся (однокомпонентные). В последнее время предпочтение отдается последним трем. Наиболее популярны сегодня среди урологов трехкомпонентные надутые протезы, обеспечивающие естественную эрекцию.

Самыми совершенными в этой группе являются **Alpha-1** (Mentor, США) и **Ultrex Plus** (AMS, США). Интракавернозные камеры, соединенные с резервуаром и помпой, помещенными в предпузырное пространство и под кожу мошонки, создают увеличение размеров полового члена в длину, идеально моделируя эрекцию. Тщательное соблюдение правил асептики и антисептики сводит к минимуму послеоперационные осложнения.

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Воспалительные заболевания женских половых органов являются наиболее распространенными в структуре гинекологических заболеваний. Проявления и причины воспалительных заболеваний женских половых органов исключительно разнообразны.

Воспалительные заболевания различаются по давности возникновения и остроте клинических проявлений (острые и хронические), причинному фактору (бактерии, вирусы, грибки, простейшие и т. д.), локализации патологического процесса. В отдельную группу выделяются послеродовые, послеабортные, послеоперационные воспалительные процессы.

На особое место в последние годы выделяют состояние, называемое бактериальным вагинозом (см. ниже). Своевременное выявление и лечение бактериального вагиноза имеет огромное значение для профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов любой этиологии, т. к. установлено, что при этом состоянии влагалище является резервуаром неспецифической бактериальной флоры, что в большинстве случаев приводит к развитию восходящей инфекции, поддающейся лечению гораздо труднее, чем бактериальный вагиноз.

Воспалительные заболевания органов малого таза

Под термином воспалительные заболевания органов малого таза объединяется весь спектр воспалительных процессов в области верхних отделов репродуктивного тракта у женщин. Это эндометрит, сальпингит, tuboовариальный абсцесс и пельвиоперитонит как отдельные нозологические формы и в любой возможной комбинации.

Эндометрит («метра» — матка (греч.), «эндо» — внутри (греч.), эндометрий — слизистая оболочка матки).

Воспаление слизистой оболочки матки. Вызывается гнойными микробами, возможно поражение микробактериями туберкулеза. Чаще всего связано с послеабортной инфекцией, но может развиваться после менструации, внутриматочных манипуляций (выскабливание, зондирование полости матки и др.). Некроз (омертвение) эндометрия приводит к его отторжению, кровотечению, появлению жидких гнойно-кровянистых выделений. Процесс может распространиться на миометрии (мышечный слой матки) с развитием **метрита** или **метроэндометрита**.

Сальпингит, сальпингоофорит, аднексит («аднекса» — придатки (лат.), «сальпинкс» — труба (греч.), «оофорум» — яичник (греч.)).

Воспаление придатков матки: маточных труб и яичников — относится к числу наиболее частых локализаций воспалительных заболеваний органов малого таза. Имеет склонность к хронизации процесса. При образовании ограниченного гнойника развивается **tuboовариальный абсцесс**.

Заболевание вызывают различные виды бактерий, а также вирус герпеса. Чаще всего обнаруживается смешанная инфекция.

Пельвиоперитонит («пельвис» — таз (лат.), «перитонеум» — брюшина, выстилка брюшной полости (греч.))

Воспаление брюшины малого таза может развиваться как на фоне предшествующих гинекологических заболеваний, так и первично. При смешанном характере инфекции протекает тяжелее. Требуется интенсивной антибиотикотерапии в условиях стационара.

Работами последних лет доказана полимикробная этиология большинства воспалительных заболеваний органов малого таза, с преобладанием возбудителей, передаваемых половым путем:

- *Neisseria gonorrhoeae* (25–50%);
- *Chlamidia trachomatis* (25–30%);
- Ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов, являющихся частью нормальной влагалищной микрофлоры (25–60%) — различные виды *Bacteroides*, *Streptococcus* и *Peptostreptococcus*, *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli* и т. д.;

— Некоторые эксперты считают, что возбудителями воспалительных заболеваний органов малого таза могут быть *Mikoplazma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*.

Антибактериальная терапия

Схемы лечения воспалительных заболеваний органов малого таза должны эмпирически обеспечивать элиминацию широкого спектра возможных возбудителей: гонококков, хламидий, неспорообразующих анаэробов, грамположительных кокков, энтеробактерий. В зависимости от тяжести состояния, амбулаторного или стационарного режима применяются схемы для перорального или парентерального лечения. В России в настоящее время широко используются препараты с улучшенной антианаэробной активностью — ингибиторозащищенные пенициллины (*амоксциллин/клавуланат*) и нитроимидазолы (*метронидазол*).

Препараты для парентерального лечения

Препараты выбора:

1. *Амоксициллин/клавуланат* или *амоксциллин/сульбактам* в сочетании с доксициклином или макролидами.
2. Цефалоспорины III поколения (*цефтриаксон*, *цефотаксим*, *цефоперазон*) в сочетании с доксициклином или макролидами (*азитромицин*, *спирамицин*, *эритромицин*) и *метронидазолом*.

Альтернативные препараты:

1. *Офлоксацин* в сочетании с *метронидазолом*.
2. *Ципрофлоксацин* в сочетании с *доксициклином* или макролидами и *метронидазолом*.
3. Линкосамиды в сочетании с аминогликозидами (*гентамицин*, *нетилмицин*) и *доксициклином* или макролидами.
4. *Карбапенемы* (*имипенем*, *меропенем*) в сочетании с доксициклином или макролидами.
5. *Тикарциллин/клавуланат* или *пиперациллин/тазобактам* в сочетании с *доксициклином* или макролидами.

Продолжительность терапии. Парентеральное введение применяется до клинического улучшения (температура те-

ла ниже 37,50°C, число лейкоцитов в периферической крови ниже $10 \times 10^9/\text{л}$) и продолжается еще в течение 48 ч. Затем возможен переход на пероральный прием амоксицилина/клавуланата, доксициклина, фторхинолонов, метронидазола или линкосамидов. При тубоовариальном абсцессе предпочтение отдается амоксицилину/клавуланату или линкосамамидам. Общая длительность антибактериальной терапии должна составлять 14 сут.

Препараты для перорального лечения

Препараты выбора:

1. *Цефтриаксон* или *цефотаксим* (однократно в/м) с последующим приемом *доксциклина* или макролидов и *метронидазола*.

2. *Амоксициллин/клавуланат* в сочетании с *доксциклином* или макролидами.

Альтернативные препараты:

1. *Офлоксацин* в сочетании с *метронидазолом* или линкосаамидами.

2. *Ципрофлоксацин* в сочетании с *метронидазолом* и *доксциклином* или макролидами.

Послеродовой эндометрит

Наиболее распространенная форма послеродовой инфекции. Частота возникновения после самопроизвольных родов — 2–5%, после кесарева сечения — 20–50%. При неэффективной терапии (примерно в 2% случаев) возможна генерализация процесса с развитием ряда серьезных осложнений: перитонит, тазовые абсцессы, тромбофлебит вен таза, сепсис.

Послеродовой эндометрит имеет полимикробную этиологию. В подавляющем большинстве случаев (80–90%) это ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов: стрептококки группы В, *Staphylococcus* spp., *E. coli*, различные штаммы *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Gardnerella vaginalis*, *Chlamidia trachomatis* (вызывает поздние формы послеродового эндометрита, развивающиеся через 2 сут — 6 нед. после родов).

Антибактериальная терапия послеродового эндометрита

Как и при воспалительных заболеваниях органов малого таза, эмпирическая антибиотикотерапия должна покрывать весь спектр возможных аэробных и анаэробных микроорганизмов. Используется парентеральное введение препаратов.

Препараты выбора

1. Ингибиторозащищенные пенициллины (*амоксициллин/клавуланат*, *ампициллин/сульбактам*, *тикарциллин/клавуланат*, *пиперациллин/тазобактам*).

2. Линкосамиды в сочетании с аминогликозидами.

Альтернативные препараты

1. Цефалоспорины II–IV поколения в сочетании с *метронидазолом* или линкосаамидами.

2. Фторхинолоны в сочетании с *метронидазолом* или линкосаамидами.

3. Карбапенемы.

При поздних эндометритах необходимо добавление *доксциклина* или макролидов.

Длительность терапии

Лечение можно завершить через 24–48 ч после клинического улучшения. Пероральный прием препаратов впоследствии не требуется, кроме случаев позднего послеродового эндометрита. Кормление грудью при проведении антибиотикотерапии в большинстве случаев не рекомендуется.

Инфекционные осложнения аборт

Эти патологические состояния могут развиваться как при самопроизвольных выкидышах, так и при искусственных абортах на различных сроках беременности и, как правило, возникают на фоне остатков тканей плода или его оболочек, а также вследствие операционной травмы.

Инфицирование чаще происходит восходящим путем. Реже происходит первичное инфицирование плодных оболочек (амнионит, хорионит) с последующим прерыванием беременности.

Этиологический спектр возбудителей инфекционных послеабортных осложнений сходен с таковым при воспалительных заболеваниях органов малого таза. В отдельных случаях (особенно при криминальных абортах) возбудителем может быть *S. perfringens*.

Антибактериальная терапия

Препараты выбора

1. Ингибиторозащищенные пенициллины в сочетании с *доксциклином* или макролидами.

2. Цефалоспорины III–IV поколения в сочетании с *доксциклином* или макролидами и *метронидазолом*.

Альтернативные препараты

1. Фторхинолоны в сочетании с *метронидазолом* и *доксциклином* или макролидами.

2. Линкосамиды в сочетании с аминогликозидами.

3. Карбапенемы в сочетании с *доксциклином* или макролидами.

Продолжительность терапии

Парентеральное введение применяется до клинического улучшения и продолжается еще в течение 48 ч. Затем возможен переход на пероральный прием доксициклина или линкосамидов. Длительность антибактериальной терапии должна составлять не менее 7 сут, а при тяжелых формах — до 14 сут.

Периоперационная антибиотикопрофилактика

Проводится при лапаротомическом, лапароскопическом и трансвагинальном доступе, медицинских абортах (в основном у женщин, перенесших воспалительные заболевания органов малого таза, гонорею, часто меняющих половых партнеров), при кесаревом сечении. Профилактика заключается во введении одной терапевтической дозы антибиотика широкого спектра действия в/в за 30 мин до начала операции или после пережатия пуговины при кесаревом сечении. Антибиотико-

профилактика снижает риск послеоперационных и послеродовых инфекционных осложнений в среднем на 10–30%.

Препараты выбора.

Цефалоспорины I–II поколения (*цефазолин, цефуроским*).

Альтернативные препараты: *амокциллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам*.

ЦЕРВИЦИТЫ

Известно, что одним из барьеров, препятствующих внедрению возбудителя в верхние отделы половых путей, является шейка матки. Этому способствуют узость цервикального канала шейки матки, наличие слизистой «пробки», содержащей секреторный иммуноглобулин А, лизоцим и другие вещества, обладающие определенными физическими и химическими свойствами. При наличии определенных факторов (в частности, травм шейки матки во время родов и абортов, диагностических выскабливаний матки и др.) происходит нарушение этих защитных механизмов и проникновение инфекции в половые пути, что вызывает развитие воспалительного процесса, в частности экзо- и эндоцервицита.

В настоящее время под термином «экзоцервицит» понимают воспаление влагалищной части шейки матки. Эндоцервицит — воспаление слизистой оболочки цервикального канала шейки матки.

Развитие экзо- и эндоцервицитов также может быть обусловлено инфекционными заболеваниями, передающимися половым путем (хламидиоз, трихомоноз, вирусные заболевания и т. д.).

Чаще всего заболевание встречается у женщин репродуктивного возраста. Однако нередко в результате возрастных изменений, которые связаны с дефицитом эстрогенов, происходят изменения, проявляющиеся в виде атрофического кольпита (вагинита) и неспецифических цервицитов. Клиническими симптомами острого неспецифического цервицита являются обильные слизистые или гнойные выделения, зуд, реже — боли внизу живота. В хронической стадии выделения могут быть незначительными.

Лечение экзо- и эндоцервицитов должно быть комплексным и включать не только этиотропное лечение, но и ликвидацию предрасполагающих факторов (нейроэндокринных, обменных и других функциональных нарушений), лечение сопутствующих заболеваний. Терапия экзо- и эндоцервицитов включает в себя применение антибактериальных, противотрихомонадных, противогрибковых, противовирусных, противохламидиозных и других средств в зависимости от данных микробиологического и специальных методов исследования (полимеразная цепная реакция, ДНК-зонд, иммуноферментный анализ и т. д.).

ВУЛЬВОВАГИНИТЫ

Вульвовагиниты — инфекционно-воспалительные заболевания слизистой влагалища и вульвы (наружных половых органов), вызываемые различными микроорганизмами. Бактериальный вагиноз в структуре инфекционных вульвовагинитов составляет 40–50%, кандидозный вульвовагинит — 20–25%, трихомонадный вагинит — 15–20%. Вторичные бактериальные вагиниты или так называемые

неспецифические вагиниты по сути являются раневой инфекцией. К ним относятся вторичная бактериальная инфекция при атрофическом вагините, вторичная бактериальная инфекция на фоне инородного тела, язвенный вагинит, связанный со *S. aureus* и синдромом токсического шока. На их долю приходится менее 10% в структуре инфекционных вагинитов. Существуют также неинфекционные вульвовагиниты (при анемии, сердечно-сосудистых заболеваниях, неврозах, авитаминозах, болезнях обмена веществ, глистной инвазии, вследствие термического, химического, механического раздражения и т. д.), которые, однако, встречаются гораздо реже инфекционных. Несмотря на возможность выделения вульвитов и вагинитов в отдельных заболеваниях, в подавляющем большинстве случаев патологический процесс захватывает как наружные половые органы, так и влагалище.

Характерным клиническим признаком всех инфекционных вульвовагинитов можно считать генитальный дискомфорт, который проявляется обильными, нередко дурно пахнущими влагалищными выделениями (бели), зудом и раздражением вульвы и/или влагалища. Заболевание нередко имеет торпидное и рецидивирующее течение.

Основными принципами лечения вульвовагинитов являются:

- точная диагностика возбудителя при обследовании половых партнеров;
- проведение одновременной адекватной антибактериальной терапии половых партнеров;
- сочетание общего и локального методов лечения;
- устранение факторов, повышающих риск развития рецидивов заболевания (гиповитаминоз, снижение гормональной активности яичников, обострение хронических экстрагенитальных заболеваний и т. д.);
- последующее восстановление нормальной микрофлоры влагалища.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

Это заболевание сравнительно недавно выделено в самостоятельную нозологическую форму и определяется как инфекционный невоспалительный синдром, связанный с дисбиозом влагалищной среды, и характеризуется массивным размножением строго анаэробных грамотрицательных бактерий и исчезновением H_2O_2 -продуцирующих лактобацилл.

Данный патологический процесс вызывается ассоциациями анаэробных бактерий: различными штаммами *Peptost-reptococcus*, *Prevotella*, *Bacteroides*, *Mobiluncus*, *Fusobacterium*, микроаэрофилой *Gardnerella vaginalis*. При бактериальном вагинозе отсутствует лейкоцитарная реакция в вагинальном отделяемом и классические признаки воспаления со стороны слизистой оболочки влагалища. В 10–15% случаев бактериальный вагиноз сочетается с кандидозным кольпитом.

Антибактериальная терапия бактериального вагиноза

Применяются антибактериальные препараты с выраженной антианаэробной активностью.

Препарат выбора

Метронидазол внутрь и/или в виде вагинального крема.

Альтернативный препарат

Клиндамицин внутрь и/или в виде вагинального крема.

При сочетании бактериального вагиноза и кандидозно-го кольпита необходимо параллельное назначение противогрибковых препаратов.

Лечение беременных женщин не отличается от такового вне беременности. Однако клиндамицин в виде крема не должен применяться из-за повышенного риска развития преждевременных родов.

По современным представлениям считается нецелесообразным лечить полового партнера пациентки с бактериальным вагинозом.

В последние годы все более широкое применение для лечения неспецифических вагинитов любой этиологии находит вакцина **Солко Триховак**.

Антибактериальная терапия кандидозного и трихомонозного вагинитов рассмотрена в разделе, посвященном специфическим инфекциям женской половой системы, в конце главы.

Особенности лечения вагинитов в постменопаузе.

Чаще всего симптоматика вагинита связана с вагинальной атрофией, которая развивается на фоне эстрогенодефицитного состояния, когда не происходит полноценного созревания вагинального эпителия и он состоит преимущественно из клеток парабазального слоя. При этом отсутствуют условия для жизнедеятельности лактобацилл. Поэтому после заключения о степени атрофии вагинального эпителия (по результатам микроскопии мазка из влагиалища, окрашенного по Граму) назначают местную терапию эстрогенами, которая сама по себе может вести к нормализации микробиологической среды влагиалища и восстановлению лактофлоры. При выявлении этиологической значимости каких-либо бактерий, особенно в случаях инфекции мочевой системы, к заместительной гормонотерапии добавляется лечение антибактериальными препаратами.

БАРТОЛИНИТ

Бартолинит — воспаление больших желез преддверия влагиалища (бартолиниевых желез), основная функция которых — увлажнение слизистой оболочки. Он может быть как односторонним, так и двусторонним.

Заболевание начинается при попадании в выводной проток железы болезнетворных бактерий. Возникающий в железе воспалительный процесс нарушает секреторную и эвакуаторную функцию железы.

Вызывается бартолинит чаще гонококками, стафилококками, реже стрептококками, кишечной палочкой, трихомонадами и другими микроорганизмами, обычно проникающими в выводной проток железы из инфицированных выделений влагиалища или уретры. Причинами заболевания являются несоблюдение правил гигиены половых органов, венерические заболевания, общее ослабление организма.

Бартолинит имеет склонность к рецидивам.

Диагноз бартолинита подтверждается выявлением возбудителя в выделениях больших желез преддверия влагиалища.

При образовании абсцесса или кисты железы лечение хирургическое. Операция сводится к вскрытию капсулы кисты (либо абсцесса) и удалению гноя.

Антибактериальная терапия бартолинита

Препараты выбора: *Цефуроксим/Цефотаксим*.

Альтернативная терапия:

1. *Клиндамицин*,
2. *Ципрофлоксацин*.

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Антибиотики**1. Ингибиторозащищенные пенициллины.**

Ферменты β-лактамазы продуцируются многими грамотрицательными и грамположительными бактериями. Действие β-лактамаз может привести к разрушению некоторых антибактериальных препаратов еще до начала их воздействия на возбудителей болезни. Поэтому в последние годы широкое распространение получили комбинированные препараты, содержащие кроме пенициллинов вещества, защищающие их от воздействия микробных ферментов путем блокировки последних, — *клавуланат*, *сульбактам*, *тазобактам*. Это делает бактерии чувствительными к антибиотикам в концентрациях, которые быстро достигаются в организме больного.

Амоксициллин/клавуланат, *ампициллин/сульбактам*, *тикарциллин/клавуланат*, *пиперациллин/тазобактам*.

Тетрациклины

Доксициклин.

Макролиды

Из представителей этой группы для лечения гинекологических инфекций чаще всего используются азитромицин, спирамицин и эритромицин. Однако последний обладает рядом недостатков (неудобный режим приема, относительно большое число побочных эффектов), которые не позволяют рекомендовать его для широкого применения.

Азитромицин, *спирамицин*.

Цефалоспорины

I поколения — *цефазолин*, *цефадроксил*.

II поколения — *цефуроксим*.

III поколения — *цефтриаксон*, *цефотаксим*, *цефоперазон*.

IV поколения — *цефепим*.

Производные имидазола

Метронидазол.

Линкосамиды*Клиндамицин.***Карбапенемы***Имипенем, меропенем***Аминогликозиды***Амикацин, нетилмицин, гентамицин.***Фторхинолоны***Офлоксацин, ципрофлоксацин.*

Офлоксацин относится к группе трициклических монофторхинолонов. Благодаря своей структуре и механизму действия офлоксацин обладает высокой бактерицидной активностью, сопоставимой с таковой цефалоспоринов III поколения. Препараты офлоксацина активны в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, включая штаммы, резистентные к другим антибактериальным препаратам, а также штаммы атипичных внутриклеточных возбудителей.

**Препараты для местной терапии
инфекционно-воспалительных заболеваний
нижних отделов женской половой системы**

Бетадин, Ваготил, Тантум Роза.

**СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ
ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

ТРИХОМОНИАЗ

Заболевание вызывается простейшими вида *Trichomonas vaginalis*. Основное место обитания в женском организме — влагалище. Однако при первом попадании в организм трихомонады всегда вызывают уретрит. Заражение происходит половым путем при контакте с больным или носителем инфекции.

Инкубационный период трихомониаза может колебаться в пределах от 2 дней до 2 месяцев, в среднем составляя около 10 дней. Женщины, зараженные трихомониазом, как правило, жалуются на обильные, раздражающие кожу выделения из влагалища или уретры, значительный зуд наружных половых органов. Беспокоят также жжение и болезненность при мочеиспускании.

При отсутствии лечения через 3–4 недели все симптомы исчезают и заболевание переходит в хроническую форму. При этом у больного регулярно возникают обострения, связанные с бурными половыми сношениями, употреблением алкоголя и т. д. Трихомонадная инфекция может способствовать воспалению мочевого пузыря и почек. Помимо этого, при трихомониазе возможно образование эрозий и язв половых органов.

Диагностика трихомониаза не представляет особых сложностей. Для обнаружения трихомонад используются различные методы — микроскопия мазка из уретры, посев на питательную среду и др.

Лечение трихомониаза

Лечение обязательно должно проводится всем партнерам вне зависимости от результатов лабораторных исследований. Курс лечения антибактериальными препаратами составляет в среднем 10 дней. На время лечения необходимо отказаться от половых связей и соблюдать диету, исключая прием жареной, соленой, острой пищи и алкоголя.

По окончании лечения и еще дважды с интервалом через 1 месяц проводятся контрольные анализы уrogenитальной микрофлоры.

Наболее прогрессивным методом лечения трихомониаза в настоящее время считается вакцинация специальной вакциной (**Солко Триховак**), создающей стойкий иммунитет к возбудителю.

Ниже описываются препараты, предназначенные для лечения трихомониаза: *метронидазол (Клион, Орвагил, Метронизадол, Метрогил, Метрогил желе, Трихопол, Дефламон, Медазол, Метронидазол, Флагил, Эфлоран), тинидазол (Тинидазол, Тизол, Тинимед, Фазижин), ниморазол (Наксоджин), орнидазол (Тиберал), тенонитрозол (Атрикан 250), секнидазол (Секнидазол), поликрезулен (Ваготил), осарсол (Осарбон), клиндамицина фосфат (Далацин)*, комбинированные препараты (**Тержинан, Гиналгин**) и др. Все эти препараты можно распределить на две группы — используемые только при лечении женщин и используемые при лечении обоих половых партнеров.

1. Препараты, применяемые для лечения трихомониаза только у женщин: **Солко Триховак, Далацин, Метрогил желе, Секнидазол, Тержинин.**

2. Препараты, применяемые для лечения трихомониаза у обоих половых партнеров: **Атрикан 250, Клион, Метронидазол, Наксоджин, Тинидазол, Тиберал, Фазижин.**

ХЛАМИДИОЗ

Уrogenитальный хламидиоз является одним из самых распространенных инфекционно-воспалительных заболеваний. Согласно проведенным оценкам, число вновь заболевших составляет около 4 млн. в год. Им страдает почти половина мужчин активного сексуального возраста (от 16 до 40 лет) и треть женщин.

Заболевание вызывается бактериями рода хламидий. В природе существует 4 вида хламидий. *Chlamidia trachomatis* и *Chlamidia pneumoniae* являются преимущественно патогенами человека, в то время как два других поражают в основном животных. По своим свойствам хламидии занимают промежуточное положение между вирусами и бактериями. Поэтому до сих пор хламидиоз диагностируется и лечится с большим трудом, нежели обычные бактериальные инфекции. Уrogenитальный хламидиоз относится к заболеваниям, передающимся половым путем. Часто отмечается сочетание хламидиоза с другими мочеполовыми инфекциями — трихомониазом, гарднереллезом, уреаплазмозом.

Инкубационный период при хламидиозе составляет примерно 1–3 недели. У женщин отмечаются незначительные выделения из канала шейки матки, а также могут наблюдаться зуд, боли при мочеиспускании, кровотечения в межменструальный период. Иногда страдает общее состояние — отмечается слабость, незначительно повышается температура тела.

Следует отметить, что хламидиоз часто протекает без выраженных признаков или вообще никак не проявляется. Даже без лечения через некоторое время (около 2 недель) симптомы заболевания исчезают. Хламидиоз при этом приобретает хроническое течение, хламидийная инфекция как бы «консервируется» в организме, дожидаясь случая, чтобы снова напомнить о себе.

Основная опасность хламидиоза заключается именно в тех осложнениях, которые он может вызвать. У женщин хламидийная инфекция часто вызывает непроходимость фаллопиевых труб, внематочную беременность, послеродовый или послеабортный эндометрит. Хламидии могут попасть на стенку мочевого пузыря и вызвать геморрагический цистит. Хроническое воспаление мочеиспускательного канала, вызванное хламидиями, приводит к развитию его сужения (стриктуры). Помимо различных осложнений, касающихся половых органов, хламидиоз может вызывать поражение других органов. Тогда это заболевание уже будет называться болезнью, или синдромом Рейтера. При синдроме Рейтера могут поражаться глаза (хламидийный конъюнктивит), суставы (чаще голеностопные, коленные и позвоночник), кожа, внутренние органы (чаще гепатит, но могут поражаться практически любые органы).

Особенно опасен хламидиоз у беременных женщин. На фоне беременности характерно бессимптомное течение хламидиоза. При этом течение беременности характеризуется большой частотой осложнений. Угроза прерывания беременности наблюдается у каждой второй женщины, большой хламидиозом. Также высока частота внематочной беременности, спонтанных аборт, неразвившейся беременности. При поражении хламидиями труб и эндометрия матки нарушается процесс развития плаценты, что приводит к нарушению правильного созревания плода, неправильной закладке органов на ранних сроках беременности или маловесности плода при заражении хламидиями на поздних сроках беременности.

Диагностика хламидиоза более сложна, чем бактериальной инфекции. Самые простые методы имеют точность не более 40%. Наиболее точным и доступным методом определения хламидий на сегодняшний день является реакция иммунофлюоресценции (РИФ) с использованием антител, меченных особым веществом — ФИТЦ.

Про хламидиоз с уверенностью можно сказать, что его намного проще избежать, чем вылечить. Профилактика осложнений хламидийных инфекций привлекает особое внимание, так как больные с бессимптомным течением заболевания не обращаются за медицинской помощью. Примером успешного опыта профилактики хламидиоза является Швейцария, единственная страна в мире, где количество больных хламидиозом сокращается. Профилактика хламидиоза в стране складывается из следующих основных положений: создание сети диагностических лабораторий, бесплатное лечение, пропаганда использования презервативов, повышение моральной ответственности партнеров за распространение хламидийной инфекции.

Лечение хламидиоза

В силу особенностей хламидий антибактериальные препараты против них не так эффективны, как против обычных бактерий, поэтому лечение хламидиоза более сложное и трудоемкое. Кроме курса антибактериальной терапии оно обязательно включает в себя иммуномодулирующую терапию, поливитаминотерапию, диету, отказ от половой жизни на время лечения. Лечение обязательно должно проводиться всем партнерам. По окончании курса проводятся контрольные анализы. Если хламидии не обнаруживаются, то анализы проводятся еще 2 раза через 1 месяц (у женщин — перед менструацией). Только после этого можно будет говорить об эффективности проведенной терапии.

Для лечения хламидиоза применяют следующие группы антибактериальных препаратов:

1. группа *тетрациклинов* (Юнидокс салютаб, Бассано, Вибрамицин, Доксилан, Доксицилин Никомед, Доксицилина гидрохлорид, Докст, Медомидин, Тетрадокс, Метациклина гидрохлорид, Тетрациклина гидрохлорид и др.).

2. группа *ко-тримоксазолов* (Ко-тримоксазол, Апусульф-трим, Бакторедукт, Бактрим, Бактрим сироп, Берлоцид 240, 480, 960, Бикотрим, Бисептол, Бисутрим, Гросептол, Дуо-септол, Интрим, Ко-тримоксазол-ICN, Ко-тримоксазол-АКРИ, Ко-тримоксазол-ТЕВА, Котримол, Котрифарм 480, Ориприм, Ранкотрим, Септрин, Септрин-форте, Синерсул, Сулотрим, Суметролим, Трим, Тримезол, Тримосул, Циплин, Экспозол и другие).

Ко-тримоксазол — активные вещества — *сульфаметоксазол* и *триметоприм*. Обладает бактерицидным действием в отношении ряда грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, в том числе в отношении хламидий. Режим дозирования устанавливается индивидуально и зависит от вида возбудителя, тяжести течения инфекции, динамики состояния больного.

3. группа макролидов — *азитромицин* (Сумамед, Азивок), *кларитромицин* (Клацид, Криксан, Клабакс, Фромилид), *эритромицин* (Эритромицин), *мидекамицин* (Макропен), *рокситромицин* (Рулид), *спирамицин* (Ровамицин), *джозамицин* (Вильпрафен) и другие.

4. группа *фторхинолонов* (Максаквин, Офлоксин 200, Абактал, Нормакс, Окацин, Цифран, Ципромед, Ципрлет, Цилоксан, Пефлацин, Пефлацин, Перфлокс, Перти, Таривид, Заноцин, Нормакс, Норилет, Гираблок, Норбактин, Нолицин, Ломфлокс, Раксар, Энноксор, Ципринол, Квинтор, Квипро, Липрохин, Ципробай, Ципросан, Ципрофлоксацин, Цифлоксинал, Ципроцинал и другие).

ГЕРПЕС ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Известны как минимум пять вирусов герпеса, заразных для людей.

Два из них — вирус Эпштейна-Барра и цитомегаловирус — вызывают инфекционный мононуклеоз.

Существуют еще два вируса герпеса — HSV1 и HSV2. Вирус HSV1 вызывает герпес на губах или в носу (иногда его называют «простудой» или «лихорадкой»), вирус HSV2 — герпес половых органов.

Большинство взрослых заражены вирусом HSV1. У них имеются антитела против этого вируса, поэтому только у немногих иногда появляется «простуда» на губах и в носу. Антитела против вируса HSV2 наблюдаются реже, поскольку

этот вирус передается только половым путем. По результатам недавно проведенного исследования антитела против вируса HSV2 обнаружены у 3% монахинь, у 29% женщин, имеющих постоянных половых партнеров, и у 99% проституток.

Первая стадия герпеса половых органов самая тяжелая. В течение 2–20 дней после заражения появляются чувство жжения или пульсации в области наружных половых органов. У женщин герпетические высыпания, как правило, локализуются на малых и больших половых губах, клиторе, в преддверии влагалища, на слизистой влагалища, в области шейки матки. На этом месте в течение нескольких последующих дней появляются один или несколько болезненных пузырьков, наполненных прозрачной жидкостью. Может появиться боль при мочеиспускании и отек паховых лимфатических узлов.

В некоторых случаях весь организм реагирует на вирусное заражение симптомами гриппа: повышенной температурой, ознобом или головной болью. Вскоре пузырьки лопаются, распространяя очень заразный вирус. Лопнувшие пузырьки перерождаются в поверхностные болезненные язвы. Из половых органов сочатся водянистые выделения с неприятным запахом. Язвы покрываются корочкой и сами по себе заживают в течение 1–5 недель.

Некоторые случаи герпеса протекают бессимптомно либо все ограничивается только выделениями из мочеиспускательного канала.

Если у вас появились подобные признаки, необходимо немедленно обратиться к врачу: самое позднее — на следующий день.

Диагностика заболевания основывается на изучении анамнеза, проведении клинического и лабораторного обследования. Также высевают вирус из жидкости, взятой из пузырьков.

На ранней стадии заболевания диагноз можно установить по виду язвы.

Примерно у половины взрослых, зараженных вирусом HSV2, нет никаких симптомов заболевания. У остальных симптомы проявляются в течение 3–7 дней после сношения с больным партнером. Наблюдающийся рост частоты заболеваний, как считают, связан с увеличением популярности оральных сношений, поскольку как вирус 1, так и вирус 2 могут быть возбудителями герпеса половых органов.

По окончании острой стадии герпеса не все вирусы погибают. В неактивном состоянии вирус может пребывать очень долго.

Повторная болезнь может протекать по-разному: бурно, болезненно и вполне умеренно.

Пока не существует препарата, уничтожающего вирус герпеса.

Язвы на губах можно лечить препаратами *ацикловира*. Он способствует обезболиванию и уменьшению воспалительного процесса во время острой фазы, в некоторых случаях предотвращает повторение болезни.

Вирус герпеса 2 типа способствует развитию рака матки, в первой трети беременности может быть причиной выкидыша. Если вирус внесен во время родов, им заражается каждый второй новорожденный. Из зараженных двое из троих умирают, а половина выживших страдает мозговыми нарушениями или нарушением зрения.

У зараженных беременных женщин роды проводят посредством кесарева сечения.

Лечение генитального герпеса

Последние два тысячелетия, в течение которых человечество знакомо с герпес-вирусными инфекциями, оно без успеха стремилось найти эффективные способы борьбы с ними. Большую проблему всегда представлял генитальный герпес, который поражал главным образом людей молодого и среднего возраста. В настоящее время химиотерапия и профилактика генитального герпеса заключаются в применении противовирусных препаратов, экзогенного интерферона, иммуномодуляторов, местных средств. Всем больным рекомендуется тщательное клинико-лабораторное обследование и лечение сопутствующих заболеваний.

1. Из противовирусных препаратов базисным препаратом является синтетический пуриновый нуклеозид *ацикловир* (Ацикловир, Ацикловир АКРИ, Зовиракс, Цитивир, Ацигерпин, Виворакс, Виролекс, Герпевир, Герперакс, Герпесин, Лизавир, Ловир, Медовир, Суправиран, Цевирин, Цекловакс, Цикловир, Цикловирал Седико, Ацикловир-БМС, Ацикловир Гексал крем и др.). Препараты ацикловира могут применяться как системно, так и местно на пораженные участки.

2. Для лечения генитального герпеса применяются также другие препараты, других групп, обладающие противовирусной активностью: Алпизарин, Валтрекс, Изопринозин.

3. Для лечения генитального герпеса с успехом применяют интерферон и его индукторы: Амиксин, Гропринозин, мазь рекомбинантного Интерферона Альфа-2, Полудан.

УРЕАПЛАЗМОЗ, МИКОПЛАЗМОЗ

Уреаплазмоз вызывается возбудителем *Ureaplasma urealyticum*, микоплазмоз — *Mycoplasma hominis*. Эти возбудители по своим свойствам занимают промежуточное положение между вирусами, бактериями и простейшими. Оба заболевания настолько похожи, что их почти всегда рассматривают вместе.

Заразиться уреаплазмозом можно только половым путем при контакте с больным или носителем уреаплазмы (микоплазмы).

Инкубационный период достаточно длительный, составляет 50–60 дней.

При отсутствии лечения симптомы заболевания быстро исчезают и воспаление переходит в хроническую форму. Уреаплазменная инфекция остается в организме и через некоторое время вновь вызывает обострение. У женщин наиболее часто имеется бессимптомное носительство уреаплазмы и микоплазмы. Если же имеются клинические проявления данного заболевания, то они не являются специфическими. Эти возбудители вызывают у женщин вагиниты, циститы и сальпингоофориты (воспаление маточных труб и яичников), не отличающиеся по своей клинической картине от воспалительных процессов в области органов малого таза, вызываемых другими возбудителями. Женщин, зараженных уреаплазмой или микоплазмой, беспокоят, как правило, несильные боли в нижней части живота, усиливающиеся при физической нагрузке или половом акте. Как правило, инфекционный процесс течет латентно (скрыто), но может проявляться и остро, при снижении иммунитета у женщины вследствие

переохлаждения, стрессовых реакций или наслоения другой инфекции.

Наибольшую опасность микоплазменная и уреоплазменная инфекции представляют для беременных, у которых они встречаются с наибольшей частотой и приводят не только к развитию инфекционных процессов мочеполовой системы самой женщины, но и поражению плода на разных стадиях его развития, что приводит к его абортированию или формированию внутриутробной инфекции.

При внутриутробном микоплазмозе развивается генерализованный инфекционный процесс, поражаются органы дыхания и зрения плода, печень, почки, центральная нервная система, кожные покровы. Микоплазмы способны вызвать необратимые изменения в хромосомном аппарате плода, что приводит к развитию пороков, являющихся причиной детской инвалидности или несовместимых с жизнью.

Уреоплазмоз и микоплазмоз достаточно точно диагностируются современными бактериологическими методами по росту этих культур на питательных средах. Обычно такое исследование занимает около 1 недели.

Лечение микоплазмоза и уреоплазмоза

Лечение обязательно должно проводиться всем партнерам.

Применяют антибактериальные препараты, длительность курса составляет в среднем 2 недели. Необходимо также применение иммуномодулирующей терапии (средств, повышающих иммунитет организма), местное лечение. На время лечения необходимо отказаться от половой жизни, а также соблюдать диету, исключающую употребление острой, соленой, жареной, пряной и другой раздражающей пищи, а также алкоголь. По окончании курса лечения обязательно проведение контрольных исследований для определения его эффективности. Такие исследования должны проводиться на протяжении 3–4 месяцев по окончании лечения.

Препаратом выбора для лечения уреамикоплазменной инфекции является *азитромицин* (Сумамед, Азивок, Азитромицин, Зимакс, Азитроцин 0,25 в капсулах). Также используются *доксциклин* (Апо-доксин, Бассадо, Вибрамицин, Довицин, Доксал, Доксибене, Доксидар 100, Доксилан, Доксциклин, Доксциклин Никомед, Доксциклин-Риво, Докст, Медомицин, Моноклин, Тнтрадокс, Этидокс, Юнидокс салютаб), *эритромицин* (Грюнамицин сироп, Илозон, Эригексал, Эритран, Эритромицин, Эритромицин 250, Эритромицин-Стеарат, Эритромицин-Тева, Эритромицина фосфат), *офлоксацин* (Заноцин, Офлоксин 200, Таривид, Тарицин).

КАНДИДОЗ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В простонародье это заболевание больше известно под названием «молочница».

Заболевание вызывается дрожжеподобными грибами *Candida albicans*. Оно может являться следствием неправильного применения антибиотиков, различных контра-

цептивов, мазей, кремов с бактерицидным эффектом. Иногда кандидоз половых органов развивается на фоне какого-либо общего заболевания, связанного с нарушением обмена веществ или снижением иммунитета (например, сахарный диабет). Заразиться кандидозом можно и половым путем.

У женщин кандидомикотическое воспаление обычно быстро распространяется на все половые органы.

Кандидоз влагалища и вульвы протекает по типу вульвовагинита или дерматита вульвы.

Больные отмечают выраженный зуд и жжение в области наружных половых органов, дискомфорт во влагалище, неудобство при половом сношении, расстройств мочеиспускания, серо-белые «творожистые» выделения из половых путей и уретры. Характерно усиление зуда в тепле, повышенная чувствительность слизистой к воде и моче. Как правило, имеется связь симптомов с менструальным циклом. Отмечаются отек вульвы, покраснение и кровоточивость слизистых, на коже — участки гиперемии и мацерации. Характерным признаком заболевания являются серо-белые налеты на слизистых оболочках, с трудом отделяемые шпатель, под которыми обнаруживаются участки яркой гиперемии.

Диагностика кандидозного поражения мочеполовых органов достаточно проста, микроскопическая картина влагалищного мазка очень характерна.

Лечение кандидоза

Лечение необходимо начать с устранения причины, которая привела к появлению кандидоза.

Необходимо отменить антибактериальный препарат, прекратить пользоваться или выбрать другое контрацептивное средство, заняться лечением нарушения обмена веществ.

Для подавления грибковой флоры применяются специальные противогрибковые антибиотики. Эти же антибиотики могут использоваться для инстилляций мочеиспускательного канала и в виде мази при баланопостите. Если не лечение, то обследование на кандидоз половых органов необходимо провести всем партнерам.

Для лечения острых форм заболевания обычно применяют местное лечение. Противогрибковыми препаратами для местного применения являются: *клотримазол* (Клотримазол, Кандибене, Антифунгол, Канизон); *изоконазол* (Гино-травоген, Травоген); *миконазол* (Гинезол 7); *омоконазол* (Микогал).

Комбинированные препараты, применяемые для местного лечения кандидоза: *Клион-Д* (миконазол+метронидазол) и *Полижинакс* (неомицин+полимиксин В).

В лечении хронического (рацидивизирующего) урогенитального кандидоза наряду с местным лечением применяются препараты системного действия: *флуконазол* (Дифлюкан, Медофлюкон, Веро-Флуконазол); *интраконазол* (Орунгал) и др.

Также существуют противогрибковые препараты как для местного, так и для системного применения. К ним относятся: *тербинафин* (Ламизил), *кетоконазол* (Кетоконазол), *натамицин* (Пимафуцин), *нифуратель* (Макмирор Комплекс).

В терапии кандидозов женских половых органов используются антисептики для местного применения **Бетадин**, **Бетадине**, **Поливидон Йод**.

КАНДИДАМИКОЗ

Кандидамикоз (кандидоз) (К.) — грибковое заболевание человека и животных. В последние годы наблюдается значительный рост числа грибковых инфекций ногтей, который принял такие масштабы, что некоторые специалисты говорят об эпидемии *онихомикоза*. По данным последних эпидемиологических исследований, частота встречаемости К. у взрослых составляет 7–15%.

Грибковые заболевания кожи — одна из наиболее часто обсуждаемых проблем. Ее актуальность определяется широкой распространенностью этой патологии, на долю которой приходится от 37% до 42% от всех болезней кожи и ногтей, а также большим количеством связанных с К. других заболеваний кожи: аллергодерматозов, вирусных, бактериальных инфекций. У лиц, длительно страдающих К., аллергический дерматит развивается в 3 раза чаще, а лекарственная аллергия — в 4 раза. При К. стоп частым осложнением является рецидивирующее рожистое воспаление с развитием лимфостаза и элевантиазом, а подошвенные бородавки регистрируются в 4 раза чаще, чем в популяции. У 20–30% больных, страдающих распространенными хроническими дерматозами (псориазом, наследственными кератозами, экземой), микозы стоп выступают в качестве второй болезни, ухудшая течение основного дерматоза.

Для дерматофитий характерно длительное течение с периодами обострений в летнее время года, вовлечение в патологический процесс, помимо кожи, ногтевых пластинок, что у 40% больных приводит к обезображивающим изменениям ногтей и значительно ухудшает качество их жизни. Проведенное изучение качества жизни больных с онихомикозом показало, что у 89% пациентов отмечались затруднения в уходе за ногтями, у 73% — болезненность при ходьбе, у 75% — неудобства при ношении обуви. Чувство раздражения и огорчения от вида своих ногтей испытывали 98% больных; 95% считали, что могут заразить окружающих и испытывали неудобство, разуваясь при посещениях. Большие изменения качества жизни были выявлены у женщин. Меньшие изменения качества жизни в связи с заболеванием у мужчин объясняет их низкий уровень обращаемости к врачам по поводу онихомикоза. У мужчин более высокая заболеваемость (в 1,3 раза) по сравнению с женщинами.

В последнее время заболеваемость К. имеет тенденцию к непрекращающемуся росту. Этому способствует увеличение количества лиц пожилого и старческого возраста, среди которых число больных К. достигает 50%. Они являются резервуаром и постоянным источником распространения инфекции, особенно при внутрисемейном пути ее передачи, который в настоящее время отмечается у 28% пациентов молодого и среднего возраста. Росту К. способствует возрастание в популяции лиц с иммунодефицитными состояниями врожденного или приобретенного характера (СПИД, атопические состояния, длительный прием иммуносупрессивных препаратов).

Ухудшение экологической обстановки, материальных и социальных условий существования для большинства населения России привело к росту фоновых соматических состояний, предрасполагающих к развитию К. К ним относятся «истощающие» состояния и заболевания: гиповитаминозы, анемии, алкоголизм, наркомании, хроничес-

кие бактериальные, протозойные, вирусные инфекции, длительные психоэмоциональные и физические стрессы. Среди факторов, предрасполагающих к онихомикозу, у взрослых на первом месте стоят заболевания сосудов (21%), на втором — ожирение (16%) и на третьем — патология стопы (15%). Микозы стоп отмечаются почти у трети больных при таком часто встречающемся в настоящее время заболевании, как сахарный диабет, особенно часто при синдроме диабетической стопы. У пациентов среднего и старшего возраста периодическое травмирование кожи и ногтей стоп при плоскостопии и мозолях, натоптышах, hallux valgus, остеоартрозах способствует внедрению патогенных грибов при посещении бассейнов, бань, саун, спортивных клубов, фитнес-центров. У детей и подростков заражению способствует постоянная травматизация и потливость при занятиях спортом и сухость кожи при атопическом статусе.

Возбудителями заболевания являются грибки Кандида, которые сходны с дрожжевыми грибами и широко распространены в природе. Они обитают на растениях, плодах, овощах, особенно сахаристых. Это обычные, нормальные обитатели кожи и слизистых оболочек полости рта, кишечника, дыхательных и родовых путей людей и животных. Грибки Кандида попадают на кожу и слизистые оболочки новорожденного уже при его прохождении по родовым путям матери и являются спутниками человеческого организма в течение всей его жизни. Они приобретают болезнетворные свойства лишь при снижении защитных сил организма, при тяжелых общих заболеваниях: туберкулез, болезни крови, дизентерия. Способствуют развитию К.: болезни желудочно-кишечного тракта, нарушения обмена веществ, особенно сахарный диабет, дисбактериоз. Способность грибка вызывать заболевание усиливается и под влиянием антибиотиков, когда их применяют без строгих медицинских показаний и контроля врача.

Многочисленные варианты дрожжевых поражений подразделяют на две группы: К. наружных покровов (поверхностные) и висцеральные (внутренних органов).

Дрожжевой стоматит часто встречается у новорожденных, детей грудного возраста, ослабленных, страдающих диспепсией и другими заболеваниями. На различных участках слизистой оболочки полости рта появляется белый налет, который у детей имеет вид створоженного молока, отсюда другое название К. — «молочница». В дальнейшем очаги налета сливаются и после их снятия обнаруживается ярко-красная, отечная слизистая оболочка или кровоточащая эрозия. Поражение может распространиться на углы рта, кайму губ, зев, миндалины.

Дрожжевой глоссит характеризуется появлением белого налета на спинке языка. Пленка легко снимается при соскабливании шпателем, обнажая гладкую, немного покрасневшую поверхность. Без лечения процесс может распространиться на слизистую оболочку губ, щек, десен, миндалин.

К. углов рта (заеды) наблюдается у людей пожилого возраста, имеющих привычку облизывать губы или спать с открытым ртом. Кожа в очагах поражения влажная, покрыта легко снимающимся белым налетом, отмечаются болезненность, трещины, корочки.

Дрожжевая эрозия (опрелость) отмечается в области крупных складок кожи у лиц, страдающих ожирением, диабетом. Кожа в этих местах ярко-красного цвета, слегка влажная, покрыта белым налетом, зудящая. Очень ча-

сто К. развивается между пальцами рук, особенно между III и IV. Вначале появляются мелкие, сливающиеся пузырьки, которые быстро вскрываются и образуют эрозии. Такие межпальцевые дрожжевые эрозии встречаются у домашних хозяек, имеющих дело с овощами и фруктами, у работников кондитерского производства, плодоовощных баз.

Кандидозный вульвовагинит, баланит, развивается изолированно или в сочетании с другими формами К. Вульвовагинит сопровождается мучительным зудом и крошковатыми выделениями из влагалища. При дрожжевом баланите и баланопостите отмечаются мацерация ограниченных участков головки полового члена и внутреннего листа крайней плоти серовато-белыми наслоениями и образование эрозий. Следует помнить, что дрожжеподобные грибы могут передаваться половым путем.

К. ногтевых валиков и ногтей чаще наблюдается у женщин. Процесс начинается с ногтевого валика, а затем распространяется на пластинку ногтя. Валики становятся отчетливыми, ярко-красными, резко болезненными, ноготь приобретает серовато-бурый цвет. Нередко из-под валика удается выдавить каплю гноя. Попадая под задний ногтевой валик, грибок размножается и вызывает хроническое воспаление. Люди, страдающие дрожжевым поражением ногтей, не должны контактировать со здоровыми, особенно с детьми, так как возможна передача инфекции.

Висцеральный (системный) К. проявляется воспалением внутренних органов по типу бронхитов, пневмоний, миокардитов. Часто встречается К. пищевода вследствие распространения процесса со слизистой оболочки полости рта и зева. При поражении желудка и кишечника наблюдается некроз слизистой оболочки.

Диагноз всех форм К. ставится на основании клинической симптоматики и данных лабораторных исследований, обнаружения в материале, взятом из очага поражения, дрожжеподобных грибов.

Лечение К. включает в себя общую терапию, направленную на устранение нарушений со стороны эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, кроветворной системы. Отменяются антибиотики, стероидные препараты, назначаются поливитамины и диета.

Медикаментозные средства терапии грибковых инфекций должны обеспечить поддержание высокой действующей концентрации препарата в зоне грибкового поражения, поэтому крайне важным является выбор оптимального пути введения и соответствующей лекарственной формы. Так, например, при грибковом поражении ногтей (онихомикоз) целесообразно использовать противогрибковый лак для ногтей, а при К. полости рта у детей — карамель для рассасывания в полости рта, содержащую противогрибковый препарат. Для лечения грибкового поражения кишечника используются таблетки с практически не всасывающимися в желудочно-кишечном тракте противогрибковыми средствами или ректальные суспензии. В гинекологической практике применяются вагинальные суппозитории (свечи), суспензии. При грибковом поражении кожи — мази, кремы, жидкие лекарственные формы для наружного применения.

Для профилактики К. надо соблюдать правила гигиены, предупреждать травмы и мокнутия кожи. Антибиотики и другие лекарственные средства применяют только по назначению врача. Необходимо предотвращать контакт с

больными К., особенно в парикмахерских, банях, детских учреждениях. Необходимо проводить дезинфекцию предметов, бывших в употреблении у больных К. (посуда, игрушки, белье, маникюрные инструменты).

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ СИСТЕМНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Препараты группы азолов

Флуконазол: Дифлазон, Дифлюкан, Медофлюкон, Микосист, Микофлюкан, Флукозан, Флюкостат, Микофлюкан, Фунголон.

Итраконазол: Ирунин, Орунгал.

Кетоконазол: Микозорал, Низорал.

Препараты группы аллиламинов

Тербинафин: Ламизил, Медофлоран, Тербизил, Тербинокс, Экзифин.

Противогрибковые антибиотики

Амфотерицин В: Амфотерицин В, Амфоглюкамин (+меглюмин), Амбизом (инкапсулированный в липосомы).

Гризеофульвин: Гризеофульвин.

Натамицин: Пимафуцин.

Нистатин: Нистатин.

Прочие препараты

Каспофунгин: Кансидас.

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Препараты группы азолов

Бифоназол: Бифосин, Микоспор.

Клотримазол: Амиклон, Антифунгол, Кандибене, Кандид, Канестен, Клотримазол, Клотримазол-Акри, Кандид Б (+беклометазон).

Клотримазол+Беклометазон+Гентамицин: Акридерм ГК, Тридерм мазь, Тридерм крем.

Эконазол: Экалин, Экодакс.

Изоконазол: Травоген, Травокорт (+дифлюкортолон).

Кетоконазол: Микозорал, Микозорал-шампунь, Низорал, Низорал-шампунь. Кето Плюс (комбинированный).

Миконазол: Дактарин, Миконазол (+мазипредон).

Комбинированные: Микоспор.

Препараты группы аллиламинов

Тербинафин: Ламизил, Ламизил Дермгель, Тербизил, Фунготербин, Тербинокс, Экзифин.

Противогрибковые антибиотики

Натамицин: Пимафуцин, Пимафукорт (+неомицин+гидрокортизон).

Нистатин: Нистатиновая мазь.

Прочие препараты

Аморолфин: Лоцерил.

Нитрофунгин.

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Препараты группы азолов

Клотримазол: Антифунгол, Кандибене, Кандид В6, Кандид, Клотримазол. Кандибиотик (комбинированный).

Эконазол: Гино-Певарил, Экалин.

Изоконазол: Гино-Травоген.

Кетоконазол: Ливарол.

Метронидазол+микозолон: Клион-Д 100, Нео-Пенотран.

Миконазол: Гинезол 7.

Омоконазол: Микогал.

Противогрибковые антибиотики

Натамицин: Пимафуцин.

Нистатин: Нистатин, Тержинан (комбинированный).