

Владислав Леонкин

Мужские заболевания



Владислав Владимирович Леонкин

Мужские заболевания

*Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=6138414
Мужские заболевания / Леонкин В. В.: Научная книга; 2013*

Аннотация

Эта книга должна стать настольной для каждого мужчины старше 12 лет. Впрочем любая женщина может открыть в ней для себя много нового, т. к. она содержит подробную информацию о возможных изменениях и заболеваниях органов мужской половой сферы, причинах их возникновения, а так же профилактику и методы лечения.

Содержание

Строение и физиология мужской половой сферы	4
Половые органы мужчины	4
Внутренние половые органы	4
Наружные половые органы	7
Нормальный половой акт	9
Гормональное управление эрекцией	9
Особенности достижения оргазма женщиной	10
Мужские заболевания	11
Невоспалительные заболевания	11
Опухоли яичек	11
Рак яичек	11
Доброкачественные образования в яичках	13
Перекрут яичка	14
Рак полового члена	15
Увеличение предстательной железы (аденома простаты)	16
Рак простаты	19
Гинекомастия (увеличение грудных желез у мужчин)	24
Воспалительные заболевания	27
Воспаление придатка яичка (эпидидимит)	27
Воспаление яичка (орхит)	27
Конец ознакомительного фрагмента.	29

В. В. Леонкин

Мужские заболевания

Строение и физиология мужской половой сферы

Половые органы мужчины



Различают внутренние и наружные половые органы. К внутренним половым органам относят яички с придатками, семявыносящие протоки, семенной канатик, семенные пузырьки, предстательную железу (простату), бульбоуретральные железы.

К наружным половым органам относят мошонку и половой член. Мужской мочеиспускательный канал служит для выведения не только мочи, но и семенной жидкости.

Внутренние половые органы

1. Яичко – парная железа, расположенная в нижней части мошонки. Яичко представляет несколько уплощенный с боков орган эллипсоидной формы. Длина яичка в среднем равна 4,5 см, ширина – 3 см, толщина – 2 см; масса его составляет 25–30 г. Яичко подвешено на семенном канатике (левое ниже правого) за задний край. На заднем крае яичка располагается его придаток. У яичка есть перегородки, которые делят железу на дольки (рис. 1).



Рис. 1. 1 – яичко; 2 – придаток яичка; 3 – кожа; 4 – белочная оболочка яичка; 5 – средостение яичка

Число долек в яичке колеблется от 100 до 250. Форма каждой дольки напоминает конус, обращенный вершиной к центру яичка. Дольки содержат извитые семенные канальцы. В каждой дольке 3–4 семенных канальца, длина которых достигает 70–100 см, а диаметр – 140 мкм. Именно в семенных канальцах развиваются сперматозоиды.



Рис. 2. 1 – белочная оболочка; 2 – средостение яичка; 3 – дольки яичка; 4 – придаток яичка; 5 – сеть семявыносящих канальцев

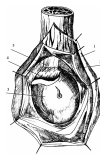


Рис. 3. 1 – кожа; 2 – белочная оболочка; 3 – яичко; 4 – придаток яичка; 5 – семенной канатик

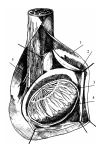


Рис. 4. 1 – кожа; 2 – мясиситая оболочка; 3 – белочная оболочка; 4 – яичко; 5 – сеть семявыносящих канальцев

Яичко с его придатком заключено в особую оболочку, образующую замкнутую полость. Придаток яичка представляет собой длинное узкое образование, которое лежит вдоль заднего края каждого яичка (рис. 2). Придаток образует главную массу семявыносящих путей. На головке придатка яичка иногда имеется своеобразное образование – привесок яичка (рис 3). Это рудиментарный орган.

До периода полового созревания яичко и придатки развиваются медленно, потом их рост резко ускоряется. Так, у новорожденного ребенка яичко весит 0,2 г, в 1 год – 1 г, в 14 лет – 2 г, в 15–16 лет – 8 г, а у взрослого мужчины – 25–30 г (рис. 4).

Яички выполняют в организме мужчины важные задачи: в них образуются сперматозоиды (т. е. яичко ведет себя как железа внешней секреции) и половые гормоны (внутренняя секреция). Гормоны влияют на развитие первичных и вторичных половых признаков.



Продолжительность созревания сперматозоидов в яичках у человека составляет примерно 64 дня.

Количество сперматозоидов, образующихся в яичках, огромно. Так, у здорового мужчины в 1 мл спермы содержится до 100 млн сперматозоидов, а во время одного семяизвержения количество сперматозоидов в эякуляте достигает 300–400 млн.

2. Семявыносящий проток – парный орган, представляющий собой плотную трубку длиной до 50 см, диаметром 3 мм с просветом 0,5 мм, которая начинается от нижнего конца придатка яичка и открывается общим с семенным пузырьком протоком в мочеиспускательный канал.



Семявыносящий проток состоит из нескольких отделов. Начальный участок, который расположен в придатке яичка, представляет собой извитую цилиндрическую трубку. Следующий участок, проходящий вместе с семенным канатиком в мошонке, – это ровная

цилиндрическая трубка белого цвета. Конечный отдел вначале расширен, а потом снова суживается. Соединяясь с выводным протоком семенного пузырька, он образует семявыбрасывающий проток, который проходит через предстательную железу и открывается в мочеиспускательный канал (рис. 5).



Рис. 5. Семявыносящие протоки. 1 – половой член; 2 – яичко; 3 – мочеточник; 4 – мочевого пузыря; 5 – анус



Рис. 6. Семенной канатик. 1 – отверстие мочеиспускательного канала; 2 – головка полового члена; 3 – крайняя плоть; 4 – половой член; 5 – пещеристое тело

3. Семенной канатик – парный округлой формы тяж длиной до 18–20 см. Семенной канатик подвешивает яичко и благодаря заключенной в нем мышце поднимает яичко к паховому каналу. В семенном канатике располагаются семявыносящий проток, яичковая артерия, венозное сплетение, лимфатические сосуды яичка, нервы, артерии и вены семявыносящего протока (рис. 6).

4. Семенной пузырек – парный орган, расположенный позади мочевого пузыря, клепреди от прямой кишки. Семенной пузырек представляет собой слепо оканчивающуюся трубку длиной до 12 см, толщиной 6–7 мм, которая образует ряд изгибов (колен). Полость семенного пузырька представляет извилистый канал с боковыми карманами, образующими на разрезе лабиринт. Семенные пузырьки своей передней поверхностью прилегают к нижней стенке мочевого пузыря, задней – к прямой кишке. В семенных пузырьках образуется густая желтоватая жидкость, которая поступает в семявыносящий проток, где смешивается со спермой, разжижает ее, а также питает и активизирует сперматозоиды (рис. 7).

5. Предстательная железа (простата) – орган, располагающийся под мочевым пузырем. Предстательная железа формой и размером напоминает каштан. В ней различают: более узкую верхушку и широкое, с вогнутой поверхностью основание, направленное к мочевому пузырю. Предстательная железа состоит из правой и левой долей. Доли разделены по задней поверхности железы нерезко выраженной бороздой и перешейком.

Мочеиспускательный канал проходит через передненижнюю часть железы. Через основание железы проходят семявыбрасывающие протоки. Предстательная железа имеет длину в поперечном направлении около 4 см, в продольном – 3 см, толщину 2 см; масса железы в среднем равна 20 г.



Рис. 7. Семенные пузырьки. 1 – головка полового члена; 2 – кавернозное тело; 3 – луковица полового члена; 4 – семенные пузырьки; 5 – кости таза; 6 – мочевого пузыря; 7 – мошонка



Величина и масса железы изменяются с возрастом: у детей она очень невелика; в пожилом возрасте может достигать размеров куриного яйца. Она полностью развивается к 17 годам.

Железа окружена капсулой, от которой к ней идут соединительные волокна и гладкие мышцы, составляющие строму железы и поддерживающие ее форму. Строма располагается между протоками, разделяя железистое вещество на дольки. Устья железистых протоков, числом около 30, открываются на поверхности мочеиспускательного канала.

У новорожденного длина мочеиспускательного канала составляет 5–6 см; начало его лежит сравнительно высоко, что связано с высоким расположением мочевого пузыря.

В предстательной железе образуются беловатая жидкость, являющаяся основой спермы, и гормоны.

Вещества, вырабатываемые предстательной железой и семенными пузырьками, добавляются к сперме во время продвижения ее по мочеиспускательному каналу.



6. Бульбоуретральная (Купферова) железа – это парный орган, который располагается позади мочеиспускательного канала. Железа имеет размеры горошины желтовато-коричневого цвета.

Отдельные дольки железы плотно соединены между собой. Ходы каждой дольки, соединяясь, образуют общий выводной проток. Выводной проток бульбоуретральной железы имеет длину до 6 см и открывается в просвет мочеиспускательного канала.

Купферовы железы вырабатывают вязкую жидкость, которая предохраняет внутреннюю оболочку мочеиспускательного канала от раздражающего действия мочи.

Наружные половые органы

1. Мужской мочеиспускательный канал имеет длину в среднем до 20–23 см и делится на три части: предстательную, перепончатую и губчатую. Он начинается от мочевого пузыря и идет до наружного отверстия мочеиспускательного канала, которое расположено на головке полового члена. Мочеиспускательный канал по своему ходу образует S-образный изгиб. Примерно на середине длины мочеиспускательного канала расположен семенной холмик, на вершине которого имеется продольный карман – предстательная маточка. В мочеиспускательный канал открываются устья семявыбрасывающих протоков. Оболочка мочеиспускательного канала состоит из эластических волокон. Выраженный мышечный слой имеется лишь в некоторых частях канала.

2. Мошонка представляет собой кожно-мышечное образование, в котором находятся яички с придатками и нижний отдел семенных канатиков. Она располагается между передним отделом области промежности и половым членом и состоит из кожного покрова и нескольких оболочек. Кожа мошонки является продолжением кожи полового члена; она тонкая, морщинистая, более темная, чем кожа живота и бедер, покрыта редкими волосами и не

имеет сколько-нибудь выраженной подкожной жировой клетчатки. В коже мошонки очень много потовых и сальных желез. Посередине ее поверхности расположен шов мошонки, имеющий вид кожного невысокого валика. Под кожей находится мышечная оболочка. Сокращение этой оболочки и вызывает образование множественных кожных складок на мошонке. Глубже мышечной оболочки находится еще несколько слоев, выполняющих различные функции. Полость мошонки разделена перегородкой на две половины – правую и левую.

3. Половой член (*penis*) выполняет две функции – он служит для выведения мочи и совокупления (введения семени в женское влагалище). Задняя часть полового члена называется корнем полового члена.

Различают тело и головку полового члена. Тело полового члена состоит из одного губчатого и двух пещеристых тел. Головка представляет собой свободный конец полового члена. Она имеет слегка сплюснутую конусовидную форму. На вершине головки открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала. Кожа полового члена тонкая, растяжимая, подвижная. В области шейки (месте перехода тела полового члена в головку) кожа полового члена собирается в виде свободной складки, которая охватывает головку. Эта складка носит название крайней плоти. Между головкой и крайней плотью образуется открытый спереди так называемый препуциальный мешок. На нижней поверхности головки крайняя плоть образует продольную складку – уздечку.



Пещеристые тела полового члена имеют цилиндрическую форму. По верхней поверхности пещеристых тел проходит желобок, в котором располагаются сосуды и нервы. Передние концы пещеристых тел полового члена защищены головкой. В центре каждого пещеристого тела проходит глубокая артерия полового члена. Кровь из пещеристых тел оттекает в вену полового члена.

Во время эрекции благодаря кровенаполнению пещер, стенки вен сдавливаются, что препятствует оттоку крови из сосудистых полостей.



Рис. 8. Половой член. 1 – мочевой пузырь; 2 – мышечная оболочка мочевого пузыря; 3 – бульбоуретральные железы; 4 – основание полового члена; 5 – луковица полового члена; 6 – мочеиспускательный канал; 7 – кожа; 8 – головка полового члена

Стенки артерий и вен имеют хорошо выраженную мускулатуру, которая располагается во всех слоях (рис. 8).

Быстрый рост мужского полового члена (как и других половых органов) происходит в период полового созревания.

4. Грудные железы. На протяжении своей жизни у каждого второго мужчины в определенный момент отмечается увеличение грудных желез, чего вроде бы не должно быть.



По сравнению с женской грудью грудь мужчины развита рудиментарно, но тем не менее она представлена не только симметрично расположенными сосками. Под каждым соском имеется особая ткань, в которой, так же как и в ткани женской груди, расположены млечные протоки, где вырабатываются гормоны. Иногда развивается гинекомастия: ткань грудных желез начинает разрастаться, что в свою очередь связано с риском развития злокачественной опухоли. Приблизительно 1 % больных раком молочной железы – мужчины. Иногда мужские грудные железы начинают вырабатывать жидкость, похожую по составу на молоко, но много «молока» мужские грудные железы выработать не способны.

Нормальный половой акт

Управление эрекцией со стороны центральной нервной системы связано с нервными центрами, которые расположены в нижних отделах позвоночника. Сигналы из головного мозга мужчины в виде мыслей, приятных ощущений проходят вдоль спинного мозга до соответствующего нервного центра и вызывают эрекцию.



Выделяют три основные формы эрекции.

- Рефлекторная наступает при стимуляции наружных половых органов (гениталий). Она имеет рефлекторную природу и возникает при участии спинного мозга. Такая эрекция может наблюдаться даже при параличе нижних конечностей и позвоночной травме.
- Психогенная наступает в результате мыслительной деятельности (эротических мечтаний) или при стимуляции звуками, зрительными образами. Такая эрекция возможна только при здоровой нервной системе.
- Ночная спонтанная, этот вид эрекции возникает во сне или во время пробуждения практически у всех здоровых мужчин детородного возраста. Отсутствие таких эрекций указывает на определенные органические нарушения.

Гормональное управление эрекцией

Мужские гормоны (тестостерон и дигидротестостерон), конечно, усиливают эрекцию, но не являются необходимыми для ее возникновения. При недостаточности половых гормонов у мужчины происходит потеря интереса к сексу, количество его эякулята уменьшается, но, несмотря на это, эрекция у него возникает. При введении гормонов извне у мужчины увеличивается сексуальное влечение, но в то же время усиливается раздражительность и возрастает уровень холестерина в крови.

Как происходит нормальный половой акт? Механизм развития эрекции состоит в уменьшении оттока крови от полового члена. Происходит сокращение специальных мышц, которые сжимают основание пениса и препятствуют оттоку крови. При этом происходит заполнение пустых вен, которые находятся в пещеристых и губчатом телах. В результате

пенис начинает утолщаться и удлиняться до полного заполнения его кровью, что обеспечивает необходимую жесткость эрегированного полового члена. Мочеиспускание в это время затруднено, поступление крови в пенис практически полностью прекращается. При необычайно длительной эрекции может развиваться гангрена, но в норме эта фаза длится недолго. Семяизвержение (эякуляция) происходит в результате сокращения мышц, расположенных вдоль придатка яичка, семявыводящего канатика и предстательной железы. Сперма при этом выбрасывается в мочеиспускательный канал. Чтобы жидкость не забрасывалась в мочевой пузырь, происходит сокращение мышц шейки мочевого пузыря. Далее наблюдается резкое и ритмичное сокращение мышц пениса, в результате чего выбрасывается от 2 до 5 мл эякулята. Именно в этот момент мужчина испытывает оргазм.

Почти сразу после оргазма происходят расслабление мышц пениса, отток крови и ослабление эрекции. Мужчина сразу теряет интерес к половому акту, а эрекция на какое-то время становится невозможной.

Этот период может длиться от нескольких минут до нескольких часов в зависимости от состояния здоровья, привычек и других причин. Чем мужчина старше, тем этот период более продолжителен.

Особенности достижения оргазма женщиной

Оргазм у женщин развивается несколько медленнее, чем у мужчин, хотя механизмы его развития во многом сходны. При нарастании возбуждения у женщины начинает увеличиваться приток крови к влагалищу, следствием чего является набухание наружных половых органов и клитора (клитор можно рассматривать как аналог пениса). Параллельно специальные железы начинают выделять секрет для смазки влагалища. Без этой смазки женщина редко способна получить удовольствие от сношения.

Когда начинает выделяться смазка, женщина несколько расслабляется, что провоцирует мужчину на введение пениса (введение, заметим, несколько преждевременное, так как возможность достижения женщиной оргазма появляется примерно минут через десять).

Оргазм женщине обеспечивает ритмичное сокращение стенок влагалища; ощущения оргазма во многом сходны с мужскими, но в отличие от мужчины женщина во время одного полового акта способна испытать несколько оргазмов подряд.

Мужские заболевания

Невоспалительные заболевания

Опухоли яичек



Это одна из самых серьезных и опасных болезней, поэтому при появлении подозрительных образований в области яичек надо немедленно обращаться за медицинской помощью. Опухоли не всегда болезненны, особенно на ранней стадии. Тем не менее безболезненная опухоль на яичках может вырасти до больших размеров. Иногда подобные опухоли довольно безвредны, но у части больных развивается рак яичек – очень распространенная злокачественная опухоль у мужчин от 15 до 34 лет. Чем раньше обнаружена опухоль и начато лечение, тем выше вероятность полного выздоровления. Чем позже обнаружена злокачественная опухоль, тем меньше шансов излечения, особенно учитывая тот факт, что опухоли яичек быстро прогрессируют (счет идет на месяцы, а нередко и на недели). В случае подтверждения диагноза семиномы – собственно рака яичка – прогноз всегда более чем серьезный.

Рак яичек

Факторы риска и профилактика

У мужчин, которые родились с неопущенными яичками (когда одно или оба яичка не опускаются из полости малого таза в мошонку), риск рака в десять раз больше по сравнению с остальными. Даже своевременная хирургическая операция, исправляющая этот дефект, не снижает сколько-нибудь значительно риск развития рака. Примерно у каждого десятого больного раком яичек имеется эта патология.



Одна из распространенных теорий развития рака яичек связывает его возникновение с предшествующей травмой. В этом случае рубцевание и атрофия тканей, которые произошли на месте травмы, могут вызвать изменения, способствующие развитию рака.

Среди других причин можно выделить врожденное недоразвитие яичек и перенесенную свинку (инфекционный паротит) с воспалением яичек – орхитом.

Мер профилактики рака яичек не существует, единственный шанс выжить – раннее обнаружение опухоли.

Диагностика

По наиболее распространенным анализам крови, мочи, рентгенографии распознать начинающийся рак нельзя. Чаще всего он выявляется во время обычного планового осмотра или когда опухоль уже разрослась. Поэтому надо ежемесячно проводить самоосмотр.



Вот последовательность и основные примеры проведения самоосмотра, а также показатели, характерные для нормы, и наоборот, говорящие о возможной патологии обследуемой зоны:

- Яички должны быть примерно одинакового размера и формы. Левое яичко обычно свисает ниже правого.
- Осматривать себя нужно ежемесячно, обязательно в теплом месте – на холоде мошонка сильно съеживается. Лучше всего проводить само-осмотр во время приема ванны или душа.
- Нужно осторожно покатаť яички между пальцами. В норме они ощущаются как сваренное «вкрутую» и очищенное от скорлупы яйцо. Разница в диаметре составляет не более 5–6 мм.
- При ощупывании задней верхней части яичка вы должны найти придаток яичка – тонкий канатик толщиной 3–4 мм. В норме обнаружить его легко.
- При обнаружении необычной припухлости, шишки или другой деформации желателъно провести простую проверку. Нужно зайти в темную комнату, включить любой фонарик и расположить его позади мошонки. Если образование легко просвечивается, то это, по всей вероятности, не рак, а водянка яичка или киста семенного канатика. Но врачу надо показаться обязательно.
- При осторожном ощупывании яичек болевых ощущений быть не должно, поэтому выраженная болезненность при осмотре является отклонением от нормы, на которое также надо обращать внимание.

Среди различных новообразований яичек злокачественные бывают редко, но каждое рассматривается и лечится как рак, пока не доказано обратное.

Признаки

Рак яичек обычно начинается с появления безболезненного образования. Такие симптомы, как боль в спине, кашель, потеря веса, обычно появляются на последних стадиях – при метастазах.

В развитии опухоли выделяют три стадии:

- опухоль не выходит за пределы яичка;
- опухоль распространяется на ближайшие лимфатические узлы;
- появляются метастазы опухоли в другие, часто отдаленные органы и ткани организма.

Лечение

При лечении опухолей яичек придерживаются общих принципов:

- во всех случаях и на всех стадиях пораженное раком яичко удаляется хирургическим путем;
- больным с наиболее распространенной формой опухоли яичка – семиномой (опухолью семенной железы) – назначается лучевая терапия брюшной полости и паха при условии, что обнаруженная опухоль находится

в начале второй стадии развития. На более поздних стадиях лучевая терапия неэффективна.

При других видах опухолей лечение в первой стадии представляет собой хирургическую операцию с целью удаления ближайших к опухоли лимфатических узлов с последующим проведением нескольких курсов химиотерапии. Химиотерапия (как с операцией, так и без нее) излечивает большинство несеминозных опухолей, причем даже на поздних стадиях.

Доброкачественные образования в яичках

Варикозное расширение вен семенного канатика

Эта патология легко обнаруживается в виде вздутия вен в верхней части яичка, обычно левого. Расширение вен вызвано высоким давлением, оно резко уменьшается или вовсе исчезает при горизонтальном положении тела.

Водянка яичка

Довольно часто в мошонке может скапливаться жидкость, при этом появляется твердое округлое образование, которое расположено отдельно от яичка спереди от него. Большая водянка может окружить яичко полностью. Эти образования, сами по себе не являющиеся онкологическими, иногда могут скрывать под собой опухоли. Во всех случаях требуется лечение, важно также показаться врачу для исключения скрывающейся опухоли.



Киста семенного канатика

Это образование по размерам меньше, чем водянка; киста обычно располагается в верхней части придатка яичка. Для таких образований характерно то, что они легко смещаются при пальпации, их размер, как правило, не превышает 10 мм. Лечение хирургическое; кисту можно уменьшить при помощи отсасывания (конечно, врачом-хирургом).

При отсасывании из кисты выделяется похожая на молоко жидкость, которая содержит погибшие клетки сперматогенеза.

Грыжи

Грыжей называется проникновение различных тканей организма (чаще кишечника) через аномальное отверстие. Грыжи могут возникать практически в любой части тела.

У 8-недельного зародыша человека мужского пола яички формируются в брюшной полости и постепенно опускаются в мошонку на протяжении всего последующего срока беременности. Когда яички выходят из брюшной полости, проход в мошонку должен закрыться. Но примерно в 20 % случаев он не закрывается полностью. Чаще всего это не создает проблем, но иногда в отверстие выпячивается часть кишечника.

Это и называют паховой грыжей.

Обычно паховую грыжу замечают после поднятия тяжестей, так как любое действие, которое увеличивает давление в брюшной полости (физические упражнения, рвота, запоры), способствует проникновению внутренностей в отверстие. В пожилом возрасте грыжи возникают чаще, так как общее ослабление напряжения тканей приводит к увеличению размера всех отверстий и проходов.

Паховые грыжи, не причиняющие боль, редко обращают на себя внимание. При этом грыжа проявляется только в виде шишки или утолщения в паху или мягкой массы в мошонке, которая при надавливании исчезает. Тем не менее любая грыжа должна быть обязательно

пролечена, так как существует опасность ее ущемления и последующей гангрены: иногда часть кишечника в мошонке зажимается краями грыжевого отверстия (т. е. ущемляется). При этом нарушается кровоснабжение этой части кишечника. В таком случае требуется немедленное оперативное вмешательство, чтобы избежать гангрены кишечника. При подозрении на грыжи, особенно если она сопровождается болью в паховой области, возникающей при физической нагрузке, нужно обязательно обратиться к врачу. Современные хирургические методы позволяют излечивать даже значительные грыжи раз и навсегда.

Перекрыт яичка

Перекрыт яичка чаще всего происходит в подростковом возрасте, у взрослых встречается гораздо реже, чем воспаление придатка яичка, но всегда сопровождается болью. В обоих случаях нужно немедленно обратиться за медицинской помощью, так как перекрытое яичко в течение нескольких дней отмирает.

Причины перекрытия

Яички и яичники формируются из одинаковой ткани в брюшной полости зародыша. У девочек яичники остаются в месте образования, а у мальчиков яички постепенно опускаются в мошонку.

Яички повисают на семенном канатике, в состав которого входят артерии и вены, нервы и трубочка семявыносящего протока. Благодаря этому яички могут перемещаться вперед и назад и поворачиваться вокруг своей оси, но при очень резком повороте вокруг своей оси яичко может остаться в этом положении – возникает перекрыт.

Яички опускаются в мошонку для более эффективного охлаждения, потому что при 37°C – температуре человеческого тела активность сперматозоидов быстро падает. Вследствие этого мужчины с неопустившимися в мошонку яичками страдают бесплодием.

Перекрыт часто происходит во время сна. При холодной погоде риск перекрытия увеличивается. После 30 лет эта патология возникает гораздо реже из-за потери эластичности тканей организма.

Признаки заболевания

При перекрытии яичка появляется внезапная мучительная боль, которая может сопровождаться рвотой. У каждого третьего боль нарастает постепенно. При перекрытии нарушается кровоснабжение яичка, что приводит к гангрене. Следовательно, требуется срочное хирургическое вмешательство. Поэтому при появлении сильной боли в яичках нужно немедленно обратиться к врачу. Если восстановить кровоснабжение в течение первых 6 часов, то почти наверняка можно спасти половые железы. Чем больше пройдет времени, тем меньше шансов на благополучный исход.



Распознавание заболевания

Пораженная сторона мошонки опухает и становится очень болезненной. Особенно увеличивается и становится болезненным придаток яичка, при этом отмечается смещение яичка от нормального положения. Из инструментальных методов диагностики наиболее информативными являются ультразвуковое исследование и сканирование при помощи

радиоактивных изотопов. При перекрытии на пораженной стороне отсутствует кровоток, а при воспалительных заболеваниях придатка или при орхите кровоток нормальный либо увеличенный.

Лечение

Когда происходит перекрыт, левое яичко поворачивается против часовой стрелки, а правое – наоборот. Поэтому лечение состоит в повороте пораженного яичка в нужную сторону, что, конечно, должен делать только врач. Но даже если удалось успешно провести поворот, все равно необходима хирургическая фиксация обоих яичек в мошонке таким образом, чтобы в будущем предотвратить возникновение подобных ситуаций.

Рак полового члена

Причины заболевания

В ходе научных исследований была выдвинута теория, согласно которой наиболее частыми причинами опухолей полового члена являются хронические инфекции крайней плоти, вызванные несоблюдением правил личной гигиены. Также большую роль в возникновении этого заболевания играют вирусы. Из этого следует, что если регулярно обмывать крайнюю плоть, можно снизить риск развития рака полового члена.

Признаки заболевания

Если на головке или на крайней плоти появилось красное пятно, прыщ, угорь, струп или шишка, которые не исчезают в течение нескольких дней, то надо как можно скорее обратиться к врачу, так как эти образования могут быть проявлениями рака или одного из заболеваний, передающихся половым путем (список этих заболеваний постоянно пополняется). Даже если образования окажутся вызванными незначительными расстройствами или банальными инфекциями, их все равно надо лечить.

Несмотря на то что у полового члена богатый кровоток, рак пениса не имеет тенденции к быстрому распространению, т. е. остается локализованным. Именно поэтому большинство опухолей выявляется на ранней стадии, и это заболевание можно полностью вылечить при помощи лучевой терапии и небольшого хирургического вмешательства.

Древние ритуалы иудеев и мусульман предписывают обрезание новорожденных. Обрезание крайней плоти имеет не только религиозный смысл, эту манипуляцию можно рассматривать как одну из гигиенических мер, которая призвана предотвратить различные инфекции и раковые опухоли полового члена. У народов, практикующих обрезание крайней плоти в самом раннем возрасте (у евреев – на 8-й день жизни младенца), рак полового члена почти неизвестен. В то же время обрезание, совершаемое как часть обряда инициации в пубертатный период, практически не влияет на частоту встречаемости рака полового члена.



Раннее обрезание обеспечивает почти 100 %-ное предупреждение рака полового члена, поскольку большинство опухолей пениса возникает на головке или внутренней поверхности крайней плоти.

Научные исследования также выявили факт, что необрезанные до 10–12 лет мальчики в 10–30 раз более подвержены инфекциям уретры,

чем обрезанные. Чаще такие заболевания развиваются в странах с жарким климатом.

Увеличение предстательной железы (аденома простаты)



Увеличение простаты можно назвать заболеванием, связанным со старением организма.

У простаты наблюдается два основных периода роста – во время полового созревания (простата вырастает до своих физиологических размеров у мужчины к 20–25 годам) и во время старения организма.

После 80 лет практически у каждого развивается так называемая доброкачественная гипертрофия простаты (ДГП). Причины ее до настоящего времени не вполне ясны.

Увеличение простаты представляет опасность для здоровья, поскольку при своем разрастании она пережимает мочеиспускательный канал и вызывает нарушение оттока мочи.

Признаки заболевания

Проявления заболевания развиваются иногда неожиданно, но чаще постепенно. Когда происходит пережатие мочеиспускательного канала увеличенной простатой, развивается острая задержка мочи. Вывести мочу в этом случае можно только с помощью катетера. Потом в течение нескольких дней простата сокращается, и пассаж мочи по уретре восстанавливается. Острая задержка мочеиспускания отмечается у каждого десятого мужчины с увеличенной простатой, у остальных симптомы развиваются более медленно по мере уменьшения просвета мочеиспускательного канала.

В этом случае первым признаком служит ослабление напора мочи при мочеиспускании. Струя мочи выглядит тоньше, а в конце мочеиспускания приходится тужиться – моча отходит по каплям. Часто на этой стадии увеличение простаты прекращается и больной приспосабливается к своему состоянию. Но все равно надо обратиться к врачу, так как такие симптомы могут наблюдаться при инфекциях и злокачественных новообразованиях.

При дальнейшем сужении мочеиспускательного канала компенсаторные резервы мочевого пузыря истощаются и пузырь, несмотря на усилия, не может опорожняться полностью.

Развивается застой мочи, что приводит к развитию инфекционных процессов. Если пузырь полностью не опорожнен, то человек постоянно испытывает позывы к мочеиспусканию, которые учащаются ночью (примерно каждые 2 ч).

Постоянное давление со стороны увеличенного мочевого пузыря вызывает обратный отток мочи по мочеточникам, в результате чего развивается серьезное поражение почек, которое может привести даже к смерти.

Распознавание заболевания

Если в мочевыделительной системе еще не развился инфекционный процесс, в анализе мочи не будет никаких изменений. Состав мочи изменится только в тяжелых случаях при длительном застое мочи и развившемся поражении почек.

Самым объективным доказательством является ректальный осмотр. Предстательная железа прощупывается как резиновая шишка с канавкой посередине, при дальнейшем увеличении железа достигает размеров куриного яйца.

При ректальном исследовании прощупывается только задняя часть простаты. Ее увеличение не опасно, так как уретру может сдавить лишь передняя часть железы.

Для определения степени увеличения железы применяют измерение объема остаточной мочи путем введения катетера в уретру после мочеиспускания. В норме мочи должно быть не более 150 мл. Это также можно определить путем ультразвукового исследования.

Используется внутривенная пиелограмма, которая позволяет увидеть весь мочеиспускательный тракт. Таким способом можно обнаружить увеличение почек, камни и сдавленный мочеиспускательный канал.

Цистоскопия – это процедура, которая выполняется под местной анестезией путем введения через пенис гибкой трубки со световодом и последующим осмотром уретры, простаты и мочевого пузыря.

При появлении у людей с ДГП примеси крови в моче проводится цистоскопия.

В данном случае нужно прежде всего исключить наличие злокачественной опухоли.

Лечение заболевания

Операция при ДГП не является основным видом лечения. Она показана примерно лишь в 10 % случаев мужчинам в возрасте от 40 до 80 лет.

При появлении первых признаков заболевания обязательно обратитесь к врачу. При этом заболевании, конечно, нужна особая диета с исключением острых специй, излишнего употребления алкоголя и раздражающей пищи. Кроме того, больные путем проб и ошибок сами замечают, от какой пищи становится хуже. Жидкости нужно выпивать в течение суток около 1,8 л, т. е. обычную норму взрослого человека. Прием меньшего количества жидкостей благоприятствует инфекциям. При большем объеме возникнет нежелательная перерузка мочевого пузыря.



Медикаментозное лечение

Гипертрофию простаты полностью остановить нельзя, но можно облегчить проявления или уменьшить осложнения.

Группа альфа-блокаторов. Эта группа препаратов не уменьшает простату, но расслабляет мускулатуру мочеиспускательного канала и сфинктеров мочевого пузыря.

К данной группе препаратов относятся празозин («Минипресс», «Хайтрин») и доксазозин («Кадура»), которые увеличивают отток мочи и снижают частоту позывов, в том числе ночных. Среди побочных явлений этих препаратов можно отметить головокружение.

Альфа-блокаторы действуют быстро – эффект замечен уже спустя несколько дней.

Гормональная терапия. Раньше, в XIX в., для предотвращения ДГП применялась кастрация. В настоящее время используются другие способы блокирования гормонов, которые вырабатываются яичками. Такие препараты, как леупродил («Люпрон»), флутамид («Зулексин»), снижают уровень гормонов гипофиза, стимулирующих деятельность яичек, блокируют действие мужских гормонов во всем организме, способствуют уменьшению простаты. Но эти препараты очень дороги и могут привести к импотенции и снижению полового влечения. Их назначение оправдано в основном при раке простаты.

Такой препарат, как финастерид («Проскар»), не снижает уровень мужских гормонов, но действует медленно – для уменьшения простаты требуется 3 месяца, и для поддержания эффекта его надо применять постоянно. Импотенция и потеря либидо (полового влечения) развиваются очень редко.

Расширение уретры с помощью баллона

Ангиопластика – это метод введения в артерии пациентов длинной трубки с баллоном на конце с последующим раздуванием баллона, что расширяет артерии, тем самым восстанавливая их просвет.

При ДГП трубка вводится в мочевого пузырь. Однако процедура эта не очень эффективна. Артерии реагируют на нее лучше, чем уретра, но в некоторых случаях применение этого метода дает хорошие результаты.

Метод гипертермии

При повышении температуры увеличенная простата начинает сокращаться. Чтобы не повредить окружающие уретру ткани, используются трансуретральные (вводимые через уретру) микроволновые зонды. Проведение процедуры занимает около часа и при этом используется только местная анестезия.



Хирургическое лечение

Хирургическая операция показана на поздних стадиях, когда поражаются почки или происходит полная блокада мочеиспускательного канала. Мужчины сами должны принимать решение на этот счет.

При *трансуретральной резекции простаты (ТУРП)* не вскрывается брюшная полость, чтобы получить доступ к железе, поэтому сама операция и восстановительный период занимают меньше времени.

При этой операции хирургом вводится через уретру в мочевого пузырь специальный инструмент – резектоскоп. Далее хирург при помощи металлической петли отрезает кусочки простаты. Петля, которая нагревается электрическим током, режет ткань и одновременно «заваривает» кровеносные сосуды, чтобы предотвратить кровотечение. Для поддержания достаточного для проведения операции поля зрения в уретру нагнетается жидкость, которая смывает кровь и отрезанные части простаты в мочевого пузырь. После окончания операции извлекаются удаленные ткани, откачивается жидкость и на 2–3 дня вместо резектоскопа вставляется катетер. Операция проводится в течение получаса и может быть выполнена под местной анестезией.



Удаленные кусочки железы обязательно посылаются на цитологическое исследование. При этом иногда обнаруживается раковая опухоль.

Осложнения операции: смертность составляет примерно один случай на 250 человек, так как большинству больных более 70 лет. Кроме того, могут развиваться мозговые нарушения с тошнотой и рвотой, иногда – повышение давления, перебои сердечной деятельности и судороги.

Чем раньше сделана операция, тем меньше риск осложнений.

После операции у большинства больных мочеиспускание становится свободным. Однако в отдельных случаях могут какое-то время ощущаться непреодолимые позывы к

мочеиспусканию или потеря контроля над ним в течение нескольких недель, но постоянное недержание наблюдается очень редко.

Через несколько лет или даже десятков лет некоторые пациенты испытывают потребность в повторной ТУРП из-за развития рубца на месте предыдущей операции, а также с целью удаления излишков простаты, если она продолжает расти.

Открытая простатэктомия (разрез простаты)

Эта операция производится в случае сильного увеличения простаты. Простата в этом случае резецируется через разрез нижней части брюшной стенки или через промежность. Такое хирургическое вмешательство оправдано и в том случае, когда одновременно с резекцией железы нужно исправить патологию мочевого пузыря, а также при слишком суженном отверстии уретры (когда нельзя ввести резектоскоп). Открытая простатэктомия длится дольше и связана с большей потерей крови. Катетер после нее оставляют до 10 дней. Эта операция имеет долговременный эффект.



Трансуретральный разрез

При этой операции хирургом делается два разреза вдоль простаты у шейки мочевого пузыря. При разрезании простаты в этом месте ослабляется пережатие уретры, как при ТУРП, но с меньшими осложнениями и более кратким восстановительным периодом. При большой простате или при увеличении средней ее доли операция менее эффективна.

Полное удаление предстательной железы – довольно сложная операция, которая применяется в основном при злокачественных опухолях; при доброкачественной гипертрофии ее делают редко.

Рак простаты



Рак простаты – одно из злокачественных заболеваний, особенно часто встречающихся среди некурящих мужчин. Он занимает второе место по смертности после рака толстой кишки.

Рак простаты – болезнь, непосредственно связанная с возрастом и редко поражающая мужчин до 50 лет. Чем больше возраст, тем риск возникновения этого заболевания выше. Но раковые опухоли простаты, как и вообще злокачественные опухоли в преклонном возрасте развиваются, как правило, очень медленно.

Факторы риска и профилактика рака простаты

Диета. При потреблении большого количества животных жиров риск возникновения рака простаты возрастает. Так, в США при сходной диете наименьший риск возникновения рака простаты у выходцев из Африки, Японии и Полинезии.

Среди мужчин старше 50 лет каждый третий умирает именно от рака простаты, а среди 80–89-летних – примерно двое из трех.

Иначе говоря, надо полностью исключить из рациона мясо, особенно тем, кому за 50 лет. У вегетарианцев риск большинства раковых опухолей минимален.

Алкоголики с циррозом печени меньше подвержены раку простаты, возможно, потому, что повреждения печени способствуют уменьшению уровня тестостерона. Данный факт проясняет существо вопроса чисто теоретически, не говоря уже о том, что цирроз печени – гораздо более быстрый путь на тот свет, чем рак простаты.

Мужчины с раком простаты оказываются более сексуально активными и плодовитыми по сравнению со средним уровнем.

Симптомы рака матки у женщин аналогичны проявлениям заболеваний, передаваемых половым путем, и наиболее вероятно, что его возбудителем является вирус. Чем больше у женщины сексуальных партнеров, тем выше риск заболевания. К счастью, рак шейки матки теперь относится к хорошо излечивающимся ракам, особенно при ранней диагностике. При исследовании злокачественных опухолей простаты под электронным микроскопом также обнаруживаются следы вирусов, но роль этих вирусов не вполне ясна.

Распознавание заболевания

Наиболее распространенными методами диагностики рака простаты являются трансуретральное ультразвуковое исследование и анализ крови на простатоспецифический антиген (ПСА) и кислую фосфатазу. Однако часто заболевание протекает почти бессимптомно до довольно поздних стадий.

Трансуретральное УЗИ – это безвредный и более объективный метод исследования, чем ректальный осмотр. В прямую кишку вводится специальный прибор, который излучает ультразвук в направлении простаты, при этом любые изменения плотности тканей приводят к изменению эха. При прочтении эхограммы можно определить наличие новообразования в организме.

УЗИ также используется для выявления области поражения раком простаты и для выявления изменений размеров простаты в ходе проводимого лечения.

Простатоспецифический антиген (ПСА) – это такой белок, который вырабатывается исключительно клетками предстательной железы. При раке простаты его уровень обычно выше нормы, поскольку и число клеток простаты, вырабатывающих ПСА, также выше нормы.

Чем опухоль более распространена, тем выше уровень ПСА. После проведенного лечения уровень ПСА снижается. Данный тест надо проводить регулярно.

Определение уровня ПСА можно использовать для раннего обнаружения рака простаты.

Среди обследованных с уровнем ПСА в 2,5 раза выше нормального у 20 % клинически здоровых мужчин выявлялась раковая опухоль на ранней стадии. При повышении ПСА более чем в 2,5 раза рак подтверждался у 75 % обследованных.

Признаки рака простаты

На ранней стадии рак простаты не имеет проявлений. В отличие от увеличенной простаты, когда происходит сдавление уретры, опухоль вырастает по краям железы и может никак не сказываться на мочеиспускании, пока не достигнет больших размеров. И тогда на более поздних стадиях появляются ослабление струи мочи, частые позывы, ночное мочеиспускание и иногда кровь в моче, т. е. симптомы, характерные для ДГП, но при раке симптомы развиваются очень быстро – в течение нескольких месяцев.

Ткань злокачественной опухоли уплотняется, поэтому при ощупывании простаты легко определяется твердая ткань опухоли. После этого при подозрении на опухоль берется образец ткани на биопсию с последующей микроскопией.

Чем раньше обнаружена опухоль простаты, тем больше шансов на полное излечение. Поэтому после 40 лет необходимо ежегодно проходить ректальный осмотр.

Лечение раковой опухоли на ранних стадиях сильно отличается от лечения на поздних, когда уже появились метастазы в других органах и тканях. Поэтому необходимо пройти целую серию анализов и осмотров для оценки степени распространения опухоли.

Один из характерных признаков в общем анализе крови – признак анемии. После этого врачом обычно выдается направление на другой анализ, выявляющий опухолевый маркер, – анализ крови на ПСА.

Одним из методов диагностики является сканирование костей, когда производится инъекция радиоактивного изотопа, который накапливается в зонах повышенной костной активности. Этот анализ может выявить наличие метастазов в костях. Отрицательный ответ показывает отсутствие метастазов.

Для выяснения вопроса о поражении ближайших к опухоли лимфатических узлов больные направляются на лимфоангиографию. В этом случае датчик вводится в один из лимфатических сосудов на ноге, а рентгеновские лучи обрисовывают сосуды и лимфатические железы по мере прохождения датчиком тазовой области. Используются и другие методики. Но ни один из методов не может обнаружить все задетые лимфоузлы.

Стадии развития опухоли

Стадия А. К ней относят опухоли, которые не могут быть выявлены при ректальном осмотре, но могут быть обнаружены при инструментальном исследовании.

Стадия Б. Опухоли, которые могут быть обнаружены при ректальном осмотре, но скрыты в глубине простаты без наличия метастазов. Часть этих опухолей может распространяться на ближайшие лимфатические узлы. Опухоли на стадиях А и Б в большинстве своем излечимы.

Стадия В. Такие опухоли выступают с наружной стороны капсулы предстательной железы, но наличие метастазов не доказано.

Стадия Г. Опухоль с наличием доказанных отдаленных метастазов, при этом метастазы обычно затрагивают кости. Лимфоузлы поражены всегда.

Лечение

1. Хирургическое лечение.

Если хирургическое вмешательство произведено на первых двух стадиях, то больные после операции живут в среднем 15 лет, что равно среднестатистической продолжительности жизни, так как данная патология характерна для лиц пожилого возраста.



Еще с 1900 г. применяется хирургическое вмешательство, называемое «радикальной простатэктомией». Суть этой операции заключается в том, что хирургом производится удаление предстательной железы целиком, также удаляются семенные пузырьки и часть семенного канатика.

Эта операция довольно безопасна, но после нее почти неизбежно развивается импотенция. Кроме того, практически у каждого больного в послеоперационный период развивается недержание мочи, которое исчезает примерно через полгода после операции.

В настоящее время применяется модифицированный вариант радикальной простатэктомии, при котором удается избежать повреждения нервов полового члена. Импотенция в этом случае развивается реже.

2. Радиотерапия (лучевая терапия).

Радиоактивное излучение разрушающе действует на ткани организма, особенно на активные ткани, т. е. ткани, клетки которых находятся в процессе деления.

Клетки опухолей делятся намного быстрее большинства тканей организма, поэтому они наиболее чувствительны к радиации. Доказано, что клетки молодые, растущие более чувствительны к радиации, чем клетки зрелые.

Для лечения используются различные технологии радиационного облучения. Аппарат, который используется для лечения, напоминает рентгеновский. Излучение, которое он испускает, тщательно нацеливается на место поражения, при этом врачом рассчитывается необходимая доза для каждой конкретной опухоли. Обычно лучевая терапия проводится по следующей схеме: три сеанса облучения в неделю в течение 6 недель.

Радиотерапия не всегда используется на стадиях А и Б, так как на данном этапе хирургическое вмешательство более эффективно, радиотерапия применяется только в том случае, когда больной не может перенести операцию (больной слишком стар или имеются другие противопоказания). Лучше всего использование радиотерапии на стадии В и при обширных опухолях в стадии Г, так как радиотерапия может воздействовать на более широкие зоны поражения, которые включают больше пораженных лимфоузлов, которые не может удалить хирург во время операции.

Иногда при опухолях на стадиях Б и В, когда опухоль еще не дала отдаленные метастазы, при операции удаляются ближайшие лимфоузлы, а затем в простату помещаются гранулы с изотопом йода I-125, период полураспада которого равен 60 дням. Эта капсула излучает радиацию слабо, но в течение продолжительного времени – больше года. Этот метод (внутриканальное облучение) позволяет обойтись без обширного хирургического вмешательства, кроме того, он имеет меньше побочных проявлений, чем наружное облучение.

Возможно использование комбинированной внутренней и внешней радиотерапии. При этом методе в простату имплантируется радиоактивный изотоп золота Au-198, имеющий период полураспада около 3 суток. Его излучение отличается большей мощностью при продолжительности действия в несколько недель. Изотоп золота используется для обеспечения получения только части дозы, остальную же часть дозы больной получает за счет внешнего облучения.

При использовании радиотерапии неизбежны побочные явления. Через несколько недель после начала радиотерапии в месте воздействия внешнего излучения отмечается зуд кожи, кожа начинает «гореть». После окончания курса лечения эти явления исчезают. При обоих методах облучения близлежащие к простате ткани получают гораздо меньшую дозу, но тем не менее у ряда больных появляются другие побочные явления в виде частых и неудержимых позывов к мочеиспусканию (вследствие раздражения мочевого пузыря), в виде болей в прямой кишке или диареи.

Большинство побочных явлений являются временными, но есть и необратимые повреждения, как в результате хирургической операции. Примерно у каждого десятого развивается хроническое воспаление прямой кишки и повреждение мочевого пузыря. Относительно редко появляется недержание мочи, импотенция развивается в 2–3 раза реже, чем при радикальной простатэктомии.

3. Гормональное лечение.

При снижении уровня мужских гормонов, простата начинает уменьшаться в размерах. При развитии раковой опухоли простаты до стадии Г хороший эффект дает удаление яичек. У большинства больных после операции состояние заметно улучшается – уменьша-

ются боли в костях, исчезают признаки анемии, приходит в норму мочеиспускание, стабилизация состояния происходит намного быстрее.

Однако на удаление яичек дают согласие далеко не все мужчины, поэтому в целях снижения уровня мужских гормонов используют лекарственные препараты. Для этого применяют женские гормоны – эстрогены, которые подавляют действие гормонов гипофиза, стимулирующих работу яичек. Даже достаточно низкие дозы эстрогенов приводят к желаемому результату и вызывают меньше побочных явлений.

Нежелательных побочных явлений почти не наблюдается, когда используются новые синтетические гормоны, которые аналогичным образом влияют на гипофиз. Единственный побочный эффект этих препаратов заключается в появлении «приливов».

Все эти препараты используются в виде инъекций. Представителями еще одной группы препаратов, действующих подобно эстрогенам, являются антиандрогены. Эти препараты не только подавляют мужские гормоны (в частности, тестостерон), но и препятствуют его действию на предстательную железу. К препаратам этой группы относится флутамид («Зулексин»), который в сочетании с одним из средств, блокирующих гипофиз, полностью подавляет действие тестостерона.

Изолированно антиандрогены и другие гормональные средства применяются редко.

4. Химиотерапия.

В отличие от гормональных препаратов химиотерапевтические средства просто уничтожают клетки. Как и радиотерапия, эти средства в первую очередь действуют на делящиеся клетки, особенно опухолевые, но их воздействие не может быть так точно направленно на определенный объект, как при облучении, поэтому они воздействуют на весь организм, хотя и в меньшей степени, чем на опухоль.

Химиотерапия хорошо излечивает многие злокачественные заболевания, но при раке простаты малоэффективна.

Лишь в исключительных случаях, когда прекращают действовать гормоны, имеет смысл назначение курса химиотерапии.

Профилактика рецидивов рака

Раньше, если после проведенного лечения злокачественные новообразования в течение 5 лет не давали рецидива, они считались излеченными. Теперь принято говорить о пятилетней выживаемости. Некоторые разновидности рака предстательной железы развиваются очень медленно, больному лучше оставаться под медицинским наблюдением как можно дольше – оптимальным периодом считается 15 лет. Стандартная периодичность осмотров заключается в ежеквартальных визитах в течение первого года, далее раз в полгода в течение следующих 5 лет, а оставшееся время – один раз в год.



Плановые осмотры включают в себя проведение ректального осмотра и проверку крови на уровень опухолевых маркеров. Иногда проводят сканирование костей вместе с рентгенографией грудной клетки и органов брюшной полости. Кроме того, возможно проведение трансректального УЗИ.

Гинекомастия (увеличение грудных желез у мужчин)

На начальном этапе увеличения желез появляется упругое подвижное образование размером 5–10 мм, которое расположено под соском. В более поздний период выпуклость становится заметнее, иногда увеличение наблюдается только с одной стороны. Если при этом отмечается выраженная болезненность, то скорее всего это инфекционный процесс, а умеренная болезненность вполне может быть и при гинекомастии. Следует отметить, что увеличение размера грудных желез может иметь место и при ожирении, когда ткани в области грудных желез обогащаются жиром и становятся на ощупь мягче, чем обычно. Но это не является гинекомастией, хотя ожирение способствует ее развитию.



Причины гинекомастии

Причина увеличения грудных желез у мужчин заключается в эстрогенной стимуляции (т. е. в повышении уровня женских половых гормонов), например при лечении эстрогенами рака предстательной железы.

Одной из причин развития гинекомастии может быть прием спортсменами мужских гормонов, при избытке которых организм синтезирует женские гормоны. У мужчин, страдающих ожирением, также может развиваться гинекомастия, так как жир принимает участие в преобразовании мужских гормонов в женские.

Это расстройство могут вызвать глубокие поражения печени (например, цирроз), потому что клетки здоровой печени расщепляют и выводят эстрогены.

Если снижается уровень мужских гормонов, а уровень эстрогенов остается в норме, также развивается гинекомастия, что происходит при инфекционных заболеваниях яичек, а также после кастрации.

1. Физиологическая гинекомастия.

Грудные железы мужчины увеличиваются трижды на протяжении жизни в результате нормальных гормональных изменений. Это не считается заболеванием.

- **1 период.** У мальчиков в течение первых недель жизни грудные железы увеличиваются под влиянием попавшего ребенку материнского эстрогена. Как правило, через 2–3 недели это проходит.

- **2 период.** В пубертатный период (т. е. во время полового созревания) отмечается повышение уровня и мужских, и женских гормонов, но эстрогены обычно преобладают. Как следствие этого, у большинства мальчиков подросткового возраста развивается гинекомастия. Через 2–3 года она исчезает.

- **3 период.** Начинается примерно после 65 лет, когда у многих мужчин появляются признаки гинекомастии. В основе этого процесса лежит снижение уровня мужских гормонов, причем более быстрое, чем снижение уровня эстрогена. Немалую роль в этом возрасте играет и склонность к ожирению.



2. Патологическая гинекомастия.

Среди причин этой патологии много генетических нарушений, злокачественные новообразования и гормональная патология. Но одна из самых распространенных причин гинекомастии – алкоголизм. В данном случае играет роль не только неизбежное поражение печени (особенно развитие цирроза), но и прямое подавление алкоголем выработки мужских гормонов.

Внешние причины гинекомастии

На некоторых птицефабриках и птицеводческих хозяйствах для ускорения роста цыплят им в корм добавляют эстрогены. Потребление в пищу мяса выращенных подобным образом кур вполне может привести к гинекомастии. Одной из причин гинекомастии может стать использование мужчинами косметических средств, содержащих эстрогены (например, некоторые крема от облысения).

3. Лекарственная гинекомастия.

Лекарственная гинекомастия встречается довольно редко и обычно после отмены вызвавшего ее препарата бесследно исчезает.

Сердечные гликозиды на основе дигиталиса, которые часто назначаются при многих сердечно-сосудистых заболеваниях, имеют небольшое сходство по химическому строению с женскими половыми гормонами и иногда могут вызвать побочный эффект в виде гинекомастии. Также по структуре с эстрогенами схожи наркотики на основе марихуаны; у хронических наркоманов может развиваться гинекомастия.

Среди способствующих гинекомастии медикаментов можно отметить циметидин – препарат, снижающий кислотность желудка и хорошо купирующий язвенный синдром, но в определенных дозах подавляющий действие мужских гормонов. Из других препаратов, заметно влияющих на уровень мужских гормонов, выделяют такие лекарства, как низорал (эффективный противогрибковый препарат) и спиронолактон (мочегонный препарат). В меньшей степени способствовать развитию гинекомастии могут такие препараты, как реланиум («Седуксен»), метронидазол и ранитидин.

Лечение гинекомастии

В большинстве случаев какого-либо специфического лечения не требуется, так как гинекомастия сама проходит после устранения вызвавшей ее причины.

Существуют некоторые лекарства, которые могут блокировать действие женских гормонов. К таким препаратам относятся тамоксифен и даназол, используемые для лечения рака груди, который может развиваться не только у женщин, но и у мужчин. Причем у мужчин смертность от рака груди значительно выше, чем у женщин, вследствие отсутствия у мужчин должной настороженности к риску развития этой патологии.

Воспалительные заболевания

Воспаление придатка яичка (эпидидимит)

При воспалении придатка внешне область яичек не изменена. При этой патологии больные почти всегда жалуются на боли в области яичка. Это объясняется близостью придатка и яичка.

Причина заболевания

Причиной этого недуга являются бактерии, чаще всего гонококки или хламидии, которые вызывают, кроме эпидидимита, уретриты (воспаление мочеиспускательного канала). Механизм развития заболевания состоит в том, что при повышенном давлении в мочеиспускательном канале патогенные микроорганизмы поднимаются по семявыносящему протоку к придатку яичка. Причиной повышенного давления в этой зоне чаще всего является сексуальное возбуждение. У пожилых мужчин причиной эпидидимита часто служит распространение бактерий из инфицированной предстательной железы.

Признаки заболевания

Придаток яичка воспаляется обычно только с одной стороны. Наблюдается постепенное нарастание боли в течение 1–3 дней. Большинство мужчин отмечают и другие симптомы развития инфекционного процесса в мочеиспускательном тракте, такие как повышение температуры тела, самопроизвольное мочеиспускание или жжение в уретре.

Распознавание заболевания

При осмотре можно обнаружить нормальное яичко, но похожий на канатик придаток опухает и становится болезненным.

В запущенных случаях вся мошонка опухает и становится болезненной. Врач назначает общий анализ мочи и микробиологический посев для выявления возбудителя.

Лечение

В первую очередь назначаются антибиотики, которые действуют преимущественно на гонококки и на хламидии, – доксацилин, тетрациклин или эритромицин. Мужчинам пожилого возраста с инфекционными заболеваниями предстательной железы в качестве причины эпидидимита назначаются сульфаниламиды, такие как «Бактрим», «Септрин», «Бисептол».



Воспаление яичка (орхит)

Орхит (воспаление яичка) развивается довольно редко, чаще всего являясь осложнением такого заболевания, как свинка (паротит).

Причина заболевания

Причиной орхита является вирус эпидемического паротита (свинки), который в первую очередь поражает слюнные железы у детей; при этом образуется сильная припухлость за нижней челюстью, повышается температура тела и развивается общее болезненное

ное состояние, длящееся примерно неделю. Инфицируются вирусом и другие органы, при наступлении половой зрелости очень часто поражаются именно яички.

Проявления заболевания

При свинке у взрослых заболевание протекает так же, как у детей, но у каждого пятого мужчины развивается орхит. На 3–4 день после поражения слюнных желез внезапно повышается температура тела, яички распухают и становятся болезненными. Длительность заболевания составляет в среднем неделю, а потом (примерно у каждого второго) пораженное яичко съезживается, в течение двух месяцев появляются признаки атрофии. Если поражено только одно яичко, мужчина не теряет способности к оплодотворению. При двустороннем орхите довольно часто развивается бесплодие.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.