

ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИНЫ.

*Владимир Юрьевич Старцев,
уролог, доктор медицинских наук.*

От автора.



Любой Мужчина хочет прожить долгую и красочную жизнь, посадить дерево, построить дом, вырастить детей. Оставить свой След на Земле. Продление рода наполняет жизнь мужчины смыслом, и помогают ему в этом разнообразные инстинкты. Одним из наиболее древних и сильных является половой инстинкт. Именно благодаря Ему Мужчина задумывается о потомстве, удовлетворяет кипучую страсть гормонов и переживает по поводу любовной неудачи. Но все ли так просто?

На пути удовлетворения сексуальных фантазий Мужчину ждет множество вопросов, и с каждым годом осознанной жизни их становится все больше. Он задает вопросы о первопричинах своих проблем (например, почему развиваются инфекции, вопреки механизмам защиты) и о возможных путях их решения («как улучшить качество секса?», «почему?..», «сколько?..»). Каждый Мужчина уделяет много внимания состоянию своего сексуального Здоровья. А роль «защитного каркаса» всегда играет иммунитет.

Человек всегда жил в большом мире, населенном вирусами, бактериями и другими микроорганизмами. Находясь повсюду, в том числе и в нашем теле, одни микробы оказывают нашему организму незаменимую помощь в переваривании пищи и вырабатывают для нас витамины, другие причиняют вред и вызывают болезни. Как организму разобраться, где «хорошие», а где «плохие» микробы? Как навести порядок в сложной и многоуровневой системе функционирования нашего тела? Эти задачи решает наша иммунная система – множество клеток, которые находятся во всех органах и контролируют их работу. Если где-нибудь появляются чужие или неправильные клетки (микробы, онкоклетки) иммунная система их уничтожает.

В этой небольшой книге я изложил современный взгляд на большинство проблем, осложняющих сексуальную жизнь современного Мужчины. После прочтения любой подобной книги всегда остается вопрос: «Как я смогу помочь себе сам?» И у меня есть ответ! Прежде всего, я предлагаю увеличить запас Ваших знаний. Как это удалось сделать автору, преподавателю медицинского ВУЗа – судить Вам, мой взыскательный Читатель. Уверен, мои предложения по улучшению Здоровья с использованием комплекса достижений урологии и полипептидного биорегулятора иммунной системы - Трансфер фактора сослужат вам добрую службу. Буду искренне рад, если мой скромный труд позволит оценить преимущества медицины XXI века при патологии сексуальной сферы у Мужчин.

**С теплом, Старцев Владимир Юрьевич,
уролог, доктор медицинских наук, доцент.**

Содержание

I. Основные виды урологической патологии.....	2.
1. Эректильная дисфункция.....	2.
2. Заболевание предстательной железы.....	8.
2.1 Воспаление предстательной железы (простатит).....	8.
2.2 Доброкачественная гиперплазия (аденома) предстательной железы.....	11.
2.3 Аденома и рак простаты – что общего и в чем различия?.....	13.
3. Воспаление мочеиспускательного канала (уретрит).....	15.
4. Воспаление яичка и его придатка, или орхоэпидидимит.....	18.
II. Трансфер факторы. Общее представление.....	9.
III. Основы лечения мужских сексуальных проблем. Опыт использования Трансфер факторов.....	21.
1. Лечение эректильной дисфункции.....	21.
1.1. Трансфер фактор при нарушениях эрекции.....	25.
2. Лечение простатита.....	28.
2.1. Трансфер фактор при лечении простатита.....	29.
3. Доброкачественная гиперплазия (аденома) простаты.....	31.
3.1. Трансфер фактор при лечении больных с (аденомой) простаты.....	31.
4. Лечение уретрита и орхоэпидидимита.....	34.
4.1. Лечение больных с уретритом.....	34.
4.2. Лечебный подход при орхоэпидидимите.....	34.
4.3. Трансфер фактор при лечении пациентов с уретритом и при осложнении – орхоэпидидимите.....	35.

I. Основные виды урологической патологии

1.1 Эректильная дисфункция

Что такое эректильная дисфункция?

Эректильная дисфункция (ЭД) – невозможность создавать или поддерживать эрекцию полового члена, достаточную для совершения удовлетворительного полового акта. В настоящее время применяется термин **«эректильная дисфункция»** (предложено V. Virag в 1992 г.). Прежний термин «импотенция» не используется, поскольку он признан унижающим достоинство пациентов.

Знаете ли Вы, что:

- Во всем мире ЭД встречается у 50% мужчин, достигших 40 лет.
- Проявление ЭД отмечают более 150 миллионов мужчин, включая приблизительно 20 миллионов европейцев и 30 миллионов американцев.
- Каждый 10-й мужчина старше 21 года, по крайней мере, раз в год отмечает нарушение эрекции.

- Нарушение эрекции тяжелой степени наблюдается у 5% мужчин старше 40 лет и у 15% пациентов в возрасте 70 лет и старше.

Причины возникновения эректильной дисфункции:

При обследовании пациента врач определяет причину нарушений, которые вызвали нарушение эрекции. С этой целью проводится дифференциальная диагностика разных форм ЭД. Необходимо четко различать формы ЭД, поскольку лечебные подходы при каждом таком нарушении различаются.

Классификация разновидностей ЭД представлена в таблице 1.

Таблица 1. Классификация Эректильной Дисфункции

Формы ЭД	Причина возникновения
Психогенная	Психологическая проблема
Органическая	Соматическое заболевание
Смешанная	Соматическое заболевание + психологические проблемы

В таблице 2 представлены признаки, на основании которых можно различить психогенную и органическую ЭД.

Таблица 2. Характеристика психогенной и органической ЭД

Органическая ЭД	Психогенная ЭД
Постепенное начало	Внезапное начало
Прогрессирующая	Периодическая
Постоянная	Ситуационная
Связана с заболеванием или приемом лекарственных препаратов	В анамнезе – стресс
В течение полового акта напряжение полового члена сохраняется	В ходе полового акта напряжение полового члена может исчезнуть
Ночная/утренняя эрекция отсутствуют	Ночная/утренняя эрекция сохранены

Итак, «импотенцией» врачи считают состояние, при котором мужчина ни при каких обстоятельствах не способен совершить половой акт. Это, к счастью, встречается не так уж часто. А случайно или периодически возникающие проблемы с эрекцией – называют эректильной дисфункцией.

Механизмы эрекции.

Перед тем как начать разговор о такой щепетильной проблеме, как ЭД, необходимо немного освежить в памяти строение полового члена, а также современные представления о том, как он функционирует.

Мужской половой член состоит из двух пещеристых и одного губчатого тела. Пещеристые тела напоминают по форме веретено и располагаются рядом друг с другом, а губчатое тело переходит в головку полового члена и находится под ним. Тела полового члена не связаны между собой кровеносными сосудами. Каждое тело имеет свою артерию, по которой доставляется кровь, и свои вены, по которым эта кровь оттекает.

Тела полового члена по своему строению напоминают губку и содержат в себе множество мелких лакун, или «каверн» (лат.). Именно эта особенность их строения и делает возможным феномен эрекции.

При сексуальном возбуждении мужчины в половом члене происходит следующее. Артерии, приносящие кровь к пещеристым и губчатому телам, расширяются, а вены, по которым кровь оттекает, - наоборот, резко сужаются. В результате в телах полового члена, а точнее, в их лакунах, скапливается значительное количество крови, каждая лакуна напрягается, и возникает эрекция. Такое состояние сосудов сохраняется на протяжении всей эрекции. В это время все ткани полового члена, за исключением кожи, не получают необходимого им кровоснабжения, и находятся в состоянии ишемии. Поэтому при очень продолжительных половых актах, со временем, это может приводить к проблемам, о которых речь пойдет далее.

Основные проявления нарушений эрекции.

ЭД может быть вызвана целым рядом причин – эндокринных, медикаментозных, местных, неврологических и сосудистых. Все это звенья органической формы ЭД, которая обусловлена определенными изменениями или нарушениями в организме. Значительно чаще встречается психологическая форма нарушения эрекции, при которой нормальной половой жизни мешают исключительно психоневрологические особенности мужчины. И почти всегда к проблемам с эрекцией, вызванным органическими причинами, добавляется психологический компонент, - он может занять первое место после устранения основной причины.

Эндокринные причины эректильной дисфункции.

К эндокринным причинам ЭД относят в первую очередь гипогонадизм – недостаточную функцию половых желез и низкую выработку гормона тестостерона. Помимо проблем с эрекцией, мужчина замечает повышение тембра голоса, прекращение роста волос на лице и теле, отложение жира на груди, бедрах, ягодицах, Как правило, такие изменения встречаются при тяжелых нарушениях гормональной системы человеческого организма, и в этих случаях обязательно нужна помощь эндокринолога. К счастью, такие заболевания встречаются относительно редко.

Другой эндокринологической причиной проблем с эрекцией может стать опухоль гипофиза – одной из самых важных желез внутренней секреции человеческого организма, которая находится в головном мозге. Если такая опухоль секретирует гормон под названием пролактин, - никаких других изменений, помимо стойкой эректильной дисфункции, не будет отмечаться. В этом случае необходимо не только исследовать гормональный статус человека, но и выполнить компьютерную томографию головного мозга.

Медикаментозные причины нарушений эрекции.

Есть несколько видов препаратов, которые могут оказывать неблагоприятное влияние на эректильную функцию. **Гормональные препараты, блокирующие действие мужских половых гормонов (так называемые антиандрогены), а также препараты женских половых гормонов** могут вызвать серьезные проблемы с эрекцией за счет нарушения всего гормонального механизма ее возникновения. Такие препараты, как правило, назначают лишь при тяжелых заболеваниях, наиболее распространены из которых является рак предстательной железы (см. ниже). В этом случае доктора руководствуются принципом «не до жиру», когда в первую очередь необходимо продлить и облегчить жизнь больного.

К другим медикаментозным препаратам, оказывающим влияние на эрекцию, относятся **все вещества с угнетающим действием на кору головного мозга**. Главным образом, это алкоголь и наркотические препараты, которые помимо воздействия на головной мозг, вызывают общее истощение организма, что никак не способствует ни эректильной функции, ни репродуктивной функции (это функция продления рода). В таких случаях для нормализации эрекции необходима не только

полная отмена препарата, но и должным образом проведенный период восстановления.

Согласно фармакологической классификации, есть еще ряд препаратов из самых разных групп, обладающих свойством блокировать периферические нервные окончания, ответственные за возникновение эрекции. Кто знает, например, что **антигистаминные препараты**, самым известным представителем из которых является димедрол, по этой причине нельзя применять более 10 дней? Если вопрос о нормальной эрекции не безразличен для Вас, при назначении любого препарата поинтересуйтесь у доктора, не вызывает ли он подобных нарушений?!

Местные причины эректильной дисфункции.

Это разные по своему происхождению факторы, но все они способны привести к склерозированию кавернозных тел. При этом тонкая эластичная ткань пещеристых тел частично или полностью замещается грубой, твердой соединительной тканью, не способной обеспечить эрекцию. Это может происходить после травм полового члена, многократных инъекций лекарства в половой член, в результате перенесенного приапизма (болезненная, длительно не проходящая и не связанная с сексуальным возбуждением эрекция). К склерозированию кавернозной ткани может привести и частое практикование затянутых половых актов, при которых мужчина, дабы доставить своей возлюбленной самое большое наслаждение, всеми возможными способами задерживает эякуляцию, - и половой акт длится более 4 часов. Эту практику нельзя назвать полезной с разных точек зрения. Влияние такого секса на состояние тканей полового члена, также, не относят к положительным.

Склерозирование кавернозной ткани – весьма неблагоприятный прогностический признак при ЭД. Если факт склероза диагностически доказан, помочь такому больному могут лишь операции (например, фаллопротезирование).

Неврологические причины эректильной дисфункции.

К неврологическим причинам нарушений эрекции могут быть отнесены **эпилепсия, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, травмы головного и спинного мозга, малого таза и промежности, различные операции на этих областях**. Как правило, основные проявления заболеваний настолько тяжелы и серьезны, что проблемы с эрекцией отходят даже дальше, чем на второй план. Однако, резкое нарушение эрекции после перенесенной операции или травмы часто становится серьезной проблемой. Возможности современной медицины оставляют желать много лучшего. Тем не менее, появление, совершенствование и разработка индивидуальных схем пероральных и инъекционных препаратов позволяет в ряде случаев существенно улучшить ситуацию.

Сосудистые причины расстройств эрекции.

Это одна из **наиболее распространенных причин ЭД**. Как уже говорилось, при нормальной эрекции резко усиливается приток артериальной крови к половому члену, а отток крови по венам практически полностью блокируется. Отсюда возникает два основных вида сосудистых нарушений при эректильной дисфункции – **недостаточный артериальный приток и чрезмерный сброс крови по венам полового члена**. В первом случае эрекция наступает долго, тяжело, редко бывает очень качественной, а чаще половой член находится в некоем промежуточном положении между спокойным состоянием и возбуждением. В случае нарушений венозного блока – наоборот, возбуждение полового члена наступает быстро, эрекция бывает очень хорошей, но достаточно быстро проходит (как говорят мужчины, «опадает»), не позволяя завершить и иногда даже начать половой акт.

Эти нарушения могут развиваться при таких заболеваниях, как **эндартериит, атеросклероз аорты и крупных артерий, аневризма аорты, варикозное**

расширение вен, в результате различных **травм области малого таза и промежности**. Одной из причин «ускоренного венозного дренажа» является аномалия развития клапанного аппарата вен полового члена. Однако, истоки нарушений сосудистого механизма эрекции на сегодняшний день изучены не настолько хорошо, чтобы в каждом случае врач сразу уверенно обозначил первопричину.

Особо следует остановиться на проблемах с эрекцией при **гипертонической болезни и сахарном диабете**. Эректильная дисфункция при этих заболеваниях связана с разными группами причин – неврологическими, сосудистыми, местными и медикаментозными. А это делает лечение нарушений эрекции при этих заболеваниях крайне затруднительным.

Несколько слов о **ЭД при хроническом простатите**. С одной стороны, ЭД обусловлена неврологическим истощением и в значительной степени психологическими факторами – ведь при затяжном простатите у мужчины часто развивается глубокая депрессия. С другой стороны, проблемы с эрекцией могут происходить из-за вовлечения в воспалительный процесс нервных пучков, ответственных за возникновение эрекции. Эти нервные пучки в виде сплетений располагаются на поверхности предстательной и железы. Для восстановления нормальной эрекции необходимо полностью излечить заболевание, или хотя бы добиться его стойкой ремиссии. В идеале таким больным после лечения нужна консультация сексолога.

Психологические причины проблем с эрекцией.

Несмотря на большое количество заболеваний, и состояний, которые могут приводить к нарушениям эрекции, ЭД чаще всего обусловлена особенностями психики мужчины. А если еще учесть тот факт, что вслед за любым органическим нарушением эректильной функции обязательно приходит психологический компонент, - становится понятным, насколько важное место занимают психологические причины нарушений эрекции среди всех остальных причин.

Эрекция у мужчины может не появляться, быстро пропадать или быть некачественной. К этому приводят депрессия, стресс (кстати, знаете ли Вы, что стресс – это очень полезное состояние для организма, которое, как тренировка для атлета, подстегивает работу всех жизненно важных функций организма, а вред приносит только **затянувшийся** стресс?), усталость, общее плохое самочувствие, недовольство собой, партнершей, ситуацией, конфликты с партнершей, несоответствие сексуальных привычек и требований партнеров, страх перед возможной беременностью или заражением инфекцией, передающейся половым путем (чаще всего СПИД). Эрекция может не возникнуть, если секс происходит в какой-нибудь не обеспечивающей чувства спокойствия и безопасности ситуации (заднее сидение автомобиля, родительский дом, незапертый кабинет в офисе, лифт и проч.).

К психологической форме ЭД относится невозможность совершения полового акта с одной партнершей при постоянном успехе с другими (так называемая **селективная эректильная дисфункция**). Мужчины старшего возраста часто жалуются на отсутствие или плохое качество эрекции при сексе с женой, тогда как с любовницами проблем с эрекцией не возникает. Впрочем, встречались и обратные случаи, когда мужчину крайне беспокоило то, что эрекция возникала только на супружеском ложе, а с другими партнершами он неизменно терпел фиаско.

Другой вариант ЭД, обусловленной особенностями психики мужчины, это так называемый **«синдром первой встречи»**. В этом случае у мужчины появляется проблема с эрекцией только при первой близости с новой партнершей, а при всех остальных встречах все прекрасно. Здесь стоит особо выделить первый половой акт мужчины, при котором часто возбуждение бывает настолько велико, что к моменту начала полового акта организм устает от него и эрекция...пропадает. Для многих

юношей неудача при первом половом акте (особенно если поведение, особенно высказывания (!), партнерши при этом было не совсем корректным) становится большим психологическим ударом, и может впоследствии вызвать большие трудности и проблемы в этой сфере жизни.

Существует еще такая форма психологической ЭД, как **невозможность совершения полового акта с презервативом**. Политика многих фармацевтических компаний, солидно подкрепленная СМИ, приводит многих молодых людей к твердому убеждению, что секс без презерватива совершенно неприемлем. По ряду психологических причин, использование презерватива является для мужчин определенным стрессом, который зачастую совершенно не совместим с нормальной эрекцией. Как правило, замена презерватива другим контрацептивом успешно решает эту проблему.

Наконец, при лабильной психике мужчины возможна ситуация, при которой одна случайная неудача при совершении полового акта вызывает очень сильное волнение во время следующей близости с партнершей, что приводит к ЭД и на этот раз. Накапливаясь от раза к разу, убеждение мужчины в собственной неполноценности может создать ему проблему даже в юные годы. Похожее состояние может развиваться после перенесенного заболевания, оказавшего влияние на эрекцию, когда органическая причина ЭД устранена, а проблемы с эрекцией так и остались.

В подавляющем большинстве случаев отличить психологическую форму ЭД от органической формы не составляет труда. Кроме описанных случаев отсутствия эрекции в одних ситуациях при сохранении ее в других, - чаще всего при психологической форме ЭД сохраняется эрекция при мастурбации и так называемый феномен **«ночного набухания»** полового члена, или утренней эрекции. О причинах утренней эрекции существует ряд мнений: от действия на предстательную железу наполненного мочевого пузыря, до эротических сновидений. Однако, обе эти точки зрения не выдерживают критики – утренняя эрекция часто возникает после пробуждения, и не может быть вызвана сновидениями, а, согласно первой точке зрения, эрекция должна возникать при каждом наполнении мочевого пузыря, что, мягко говоря, неверно. Последние данные мировых исследований свидетельствуют о связи утренней эрекции с **ночными биоритмами и пиковой концентрацией тестостерона**.

Возрастные особенности мужской половой функции.

С возрастом у мужчин происходит нарушение нормальной выработки основного полового гормона – тестостерона. Снижение андрогенной насыщенности у мужчин характеризуется особой клинической картиной: снижение сексуального интереса, уменьшение или полное исчезновение оргазма и сексуального удовольствия. Кроме этих изменений, нарастают утомление, депрессия и раздражительность.

Важная роль андрогенов в развитии, росте и поддержании состояния полового члена широко изучена. Результаты экспериментальных исследований расширили наши представления о взаимосвязи андрогенов и эректильной функции. Возрастное снижение андрогенной насыщенности организма приводит к накоплению жира и подавлению белкового обмена, ухудшению выработки фермента, участвующего в производстве оксида азота (NO-синтазы) и фосфодиэстеразы 5 типа (PDE-5), которые играют решающую роль в нормальной эректильной физиологии.

Доказано, что спектр воздействия тестостерона на мужской организм велик. Этот гормон проявляет андрогенные, анаболические, репродуктивные и многие другие. Поэтому, пациентам с возрастными гормональными нарушениями, в сочетании с ЭД, показана консультация эндокринолога.

Наиболее ярко возрастной недостаток эндогенного тестостерона виден на примере метаболического синдрома (МС). По заключению экспертов ВОЗ, основными составляющими МС являются:

- 1) **гиперинсулинемия**, или уровень глюкозы натощак более 6,1 ммоль/л;
- 2) **абдоминальное ожирение** (объем талии – >94 см, индекс массы тела - >30);
- 3) **дислипидемия** (уровень триглицеридов – более 1,7 ммоль/л, ЛПВП – менее 0,9 ммоль/л);
- 4) **артериальная гипертензия** (АД - > 140/90 мм.рт.ст. или нормальное АД, на фоне проводимой гипотензивной терапии).

Для постановки диагноза МС достаточно наличие 2 признаков (из последних 3), с ведущим симптомом - абдоминальное ожирение. Все проявления МС четко укладываются в признаки прогрессирующего возрастного андрогенного дефицита (это и есть современный термин возрастных гормональных нарушений у мужчин).

Интересно, как ученые описывают «медицинский» облик типичных представителей различных социально - возрастных групп населения России. На сегодня – **это мужчина зрелого возраста, с повышенным АД, избыточным весом, постоянно испытывающий стресс, с увеличенным кардиоваскулярным риском, порой с сексуальными расстройствами**, т.е. больной человек, для образа жизни которого, характерны неблагоприятные факторы.

Проведение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) у таких мужчин препаратами тестостерона улучшает их общее состояние, способствует снижению веса тела и зачастую улучшает эректильную функцию. К основным противопоказаниям для ЗГТ отнесены: рак предстательной железы, хроническая задержка мочеиспускания, повышенная свертываемость крови и ночное апноэ у больных. До назначения ЗГТ необходимо пройти обследование предстательной железы, а также ультразвуковое исследование органов малого таза и уродинамическое исследование.

2. Заболевание предстательной железы

2.1 Воспаление предстательной железы (простатит)

Что такое простатит и кто им болеет?

Простатит – это воспаление предстательной железы, одно из наиболее распространенных урологических заболеваний среди мужчин. И также, одному из самых богатых разными историями от людей «бывалых»...И в этом нет ничего удивительного, поскольку факторы, ведущие к развитию простатита, достаточно распространены в нашей жизни.

Одна из причин развития этой патологии – попадание в предстательную железу инфекционного агента, чему в немалой степени способствует анатомическое расположение простаты в малом тазу. Инфекция может проникнуть в предстательную железу из мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, из прямой кишки, а также по кровеносным или лимфатическим сосудам малого таза. Однако, этого недостаточно для развития всех проявлений заболевания. Ведь каждый орган имеет много барьеров и фильтров – лимфоциты, тканевые факторы и многие другие, запрограммированные с рождения, механизмы сопротивления инфекции. Можно сказать, что для простаты, расположенной в таком «неблагополучном» месте, инфекция – обычное явление, которое чаще всего проходит для мужчины совершенно незаметно. Для развития простатита, со всей его неприятной клиникой опасны предрасполагающие факторы:

- **Общее переохлаждение организма.** Представьте: Вы проваливаетесь в прорубь и не сразу согреваетесь, или два часа едете в заледеневшей электричке, или присаживаетесь отдохнуть на холодных камнях или парапете набережной, или у Вас дома просто плохое отопление. Знакомо? Разумеется. К этой группе случаев не относится недостаточный прогрев автомобильного кресла: наоборот, проблемы могут возникнуть после перегрева области таза в автомобиле и выхода на улицу, где существенный «минус».
- **Проблемы с регулярным стулом.** Простатит может вызвать не эпизодические запор или понос, а регулярные нарушения опорожнения кишечника.
- **Постоянная работа в сидячем положении.** В первую очередь, рискуют водители, программисты, офисные работники и все те, кто весь рабочий день сидит, и, не имея возможности (или ленится) встать и размяться.
- **Длительное половое воздержание** или, наоборот, **чрезмерная половая активность.** И то, и другое одинаково вредны для организма в целом, но, в первую очередь, отрицательно сказываются на состоянии простаты.
- **Малоподвижный образ жизни.** По свидетельству кардиологов, человек должен ежедневно проходить не менее 7-8 км. А как у Вас? Не отказывайте себе в часовой прогулке по свежему воздуху.
- **Хронические воспалительные заболевания** (например, хронический бронхит) или хронические очаги инфекции (например, тонзиллит, кариозные зубы).
- **Перенесенные венерические и урологические заболевания** (к примеру, гонорея, уретрит).
- Любые другие состояния, приводящие к **угнетению иммунной системы** (например, перетренированность у спортсменов, регулярное недосыпание, работа без четкого распорядка дня, неполноценное и нерегулярное питание, хронический стресс и пр.). Как раз здесь и поможет Трансфер фактор – но об этом дальше!

Все эти факторы либо облегчают микробам путь проникновения в предстательную железу, либо приводят к ухудшению кровоснабжения органов малого таза, застойным процессам, что способствует размножению микроорганизмов и развитию воспалительного процесса.

Как проявляется простатит?

Простатит может развиваться внезапно, в форме острого воспалительного заболевания, с соответствующей симптоматикой. В этом случае будут отмечаться жар, лихорадка с температурой тела до 38-39°C, выраженные боли в промежности, паху, над лобком, в области заднего прохода, болезненное мочеиспускание и дефекация. В таких случаях может быть предложено активное лечение, вплоть до госпитализации в стационар.

Значительно чаще простатит проходит в хронической форме и не слишком сильно беспокоит мужчину. В этом случае все перечисленные выше симптомы присутствуют, но в значительно меньшей степени, и подчас совершенно не привлекая к себе внимание. Температура тела редко бывает выше 37°C, периодически отмечаются боли или неприятные ощущения в промежности, неприятные ощущения при мочеиспускании или дефекации, со скудными выделениями из мочеиспускательного канала (простаторрея) – это один из **наиболее частых симптомов** хронического простатита.

Простатит может развиваться как осложнение хронической инфекции, передающейся половым путем – хламидиоза, трихомониаза, уреаплазмоза и др. В этом случае могут отмечаться лишь весьма незначительные изменения - неприятные ощущения при мочеиспускании становятся чуть сильнее, к ним присоединяются

дискомфортные ощущения в промежности, скудное отделяемое из мочеиспускательного канала при дефекации. Изменения и без того не слишком яркой клинической картины заболевания могут быть столь несущественны, что больные не обращают на них никакого внимания.

Через некоторое время, после начала воспаления в простате, могут начаться проблемы с эрекцией. Это связано с вовлечением в воспалительный процесс особых нервных сплетений (см. выше), и причина ЭД носит название «нейро-рецептивная». Нервные окончания располагаются в области капсулы железы, поэтому ЭД наступает только при выраженных, старых процессах, ведущих к деформации органа. Заболевание хроническим простатитом весьма негативно сказывается на общем самочувствии мужчины, делая его крайне раздражительным, брюзжащим, недовольным и озабоченным собственным самочувствием. Зачастую нарушения настроения у мужчины становятся настолько яркими, что доктора говорят: «для успешного лечения простатита нужно быть не только хорошим урологом, но и психологом». Недаром еще доктор А.П. Чехов отмечал, что **«привык узнавать пациента с ипохондрией простаты еще у входа во врачебный кабинет»...**

Что будет, если не лечиться?

Если больной с острым простатитом не желает обращаться к урологу, для профессиональной консультации, - это опасно развитием абсцесса (гнояника) предстательной железы. Это полость в ткани железы, очаг воспаления. В этом случае температура тела стремительно повышается до 39-40°C, с перепадами свыше 1°C («гектическая» лихорадка). Сильный жар периодически сменяется резким ознобом, а боли в промежности выражены достаточно интенсивно. Может быть крайне затруднено мочеиспускание, а дефекация – подчас вообще невозможна. Через некоторое время развивается отек предстательной железы и, как следствие, острая задержка мочеиспускания. К счастью, редко кому из мужчин выпадает довести до такой стадии, поскольку больные острым простатитом обращаются урологу своевременно.

Совсем не так обстоит дело с хроническим воспалением простаты. Течение хронического процесса волнообразное, и периодические обострения сменяются более или менее длительными ремиссиями (период покоя), во время которых болезнь никак не дает о себе знать. Вследствие этого мужчины предпочитают отсидеться дома, нежели обратиться к доктору.

Однако это не лучший выход из положения, поскольку во время каждого следующего обострения воспалительный процесс распространяется все дальше и дальше. При проникновении инфекции в другие органы мочевыводящей системы могут наблюдаться признаки цистита и пиелонефрита. Но наиболее часто к осложнениям простатита относят везикулит – воспаление семенных пузырьков, и орхиэпидидимит – воспаление яичек и их придатков. Если не заниматься лечением этих осложнений, ситуация может печально закончиться бесплодием. Лечение бесплодия, как осложнения простатита, подчас бывает крайне сложным, долгим и кропотливым. Здесь важная роль отводится применению Трансфер фактора!

Все описанное в равной мере относится к хроническому простатиту специфической этиологии, который развился в результате заражения инфекционным агентом. Но после ликвидации всех патогенных микробов воспалительный фон в простате сохраняется достаточно долго. Не случайно современные исследователи признают, что бактериальной формой простатита, среди всех пациентов с этим заболеванием, - болны всего 20%. Остальные 80% нуждаются в наблюдении уролога и в избавлении от факторов риска (см. выше).

Что будет, если пойти к врачу?

Диагностика простатита, как острого, так и хронического, редко представляется сложной для уролога. В первую очередь, после беседы и общего осмотра доктор

проводит ультразвуковое исследование органов малого таза, пальцевое ректальное исследование предстательной железы и получение секрета простаты. Это неприятная, - а при выраженном воспалительном процессе и достаточно болезненная, - но совершенно необходимая процедура для точной диагностики. Перед началом лечения необходимы лабораторные исследования: посев мочи и секрета предстательной железы на бактериальную флору, с определением чувствительности к различным антибактериальным препаратам. Без этого лечение не будет эффективным, и приведет не к излечению от заболевания, а к его переходу в новую, затяжную форму. Очень важна точная диагностика воспаления, поскольку этот процесс может протекать под маской заболеваний прямой кишки – геморроя, анальной трещины.

Несколько слов о профилактике.

В заключение хотелось бы дать несколько рекомендаций мужчинам, для которых собственное здоровье – не пустой звук. Старайтесь не мерзнуть подолгу, не сидеть на холодном. Если у Вас сидячая работа, не спешите сменить ее для профилактики простатита – просто старайтесь каждый час встать и размяться. При запорах пользуйтесь слабительными средствами, их в аптеках – богатый арсенал. Старайтесь вести регулярную половую жизнь, без излишних перепадов в ту или иную сторону (что, между прочим, **избавит Вас не только от простатита**). Если приключилось заболеть каким-нибудь неприятным заболеванием, сразу же посетите специалиста, не пытайтесь вылечиться сами и не пускайте все на самотек. Старайтесь регулярно и хорошо питаться, вести активный образ жизни, не болеть и, наконец, время от времени просто задумывайтесь о своем здоровье!

И еще раз о самом главном.

- **Чаще всего простатит проявляется весьма незначительно.** Если время от времени у Вас отмечаются незначительные боли в промежности, неприятные ощущения во время мочеиспускания или дефекации, скудные выделения из мочеиспускательного канала, обязательно обратитесь к урологу для консультации.
- Лечение простатита **обязательно должно состоять из комплекса** лечебных мероприятий, и пренебрегать нельзя ни одним из них.
- **Подбор антибактериального препарата**, дозы и схемы применения для лечения простатита всегда должен производиться индивидуально, и только после получения результатов анализов уrogenитальной микрофлоры. Никогда нельзя прерывать или приостанавливать прием препарата без консультации с доктором.
- **Массаж предстательной железы** - уникальный метод лечения простатита, но применяться он должен далеко не всегда. Это отдельная тема для обсуждения. Основное противопоказание для массажа простаты – развитие аденомы простаты или подозрение на рак.
- **Воспаление предстательной железы** – это заболевание, избежать которого значительно проще, чем его вылечить. Подумайте об этом, возможно, Вы предпочтете внести незначительные, но весьма полезные изменения в свою жизнь, нежели потом страдать от этого неприятного и сложного заболевания.

2.2 Добракачественная гиперплазия (аденома) предстательной железы.

Что такое ДГПЖ, и в каком возрасте развивается?

По статистике, каждый второй мужчина старше 50 лет обращается к врачу по поводу симптомов, обусловленных аденомой предстательной железы. Это заболевание развивается в силу возрастного изменения гормонального баланса в

организме и относится к наиболее распространенным урологическим заболеваниям у мужчин после 50 лет.

Клинический термин **«доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)»** означает состояние, при котором в простате образуются маленькие узелки, которые растут, постепенно сдвигая просвет мочеиспускательного канала. Так, основным проявлением ДГПЖ является нарушение мочеиспускания. Аденома простаты имеет доброкачественный рост, то есть не дает метастазов (не распространяется в другие органы), что коренным образом отличает ее от рака предстательной железы.

Причины этого заболевания

Причины развития ДГПЖ на сегодняшний день установлены: процесс связан с превращением активной формы тестостерона в неактивную, - дегидротестостерон (ДГТ). Именно ДГТ воздействует на железистые структуры простаты и подвергает их необратимым изменениям, - превращая в плотные узлы из соединительной ткани. Считается, что возникновение аденомы простаты – одно из проявлений мужского климакса. Таким образом, формирование ДГПЖ может стать **естественным возрастным заболеванием** любого пожилого мужчины. До сих пор не выявлено достоверной связи между возникновением ДГПЖ и половой активностью, сексуальной ориентацией, употреблением табака и алкоголя, перенесенными воспалительными и венерическими заболеваниями половых органов.

Как проявляется аденома предстательной железы?

Итак, основные проявления этого заболевания – расстройства мочеиспускания. Считается, что ДГПЖ проявляется в тот момент, когда мочеиспускание, особенно с наполненным мочевым пузырем, перестает доставлять удовольствие. В идеале мужчины должны обращаться к врачу именно в этот период.

Через некоторое время мочеиспускание становится более частым, малыми порциями, менее интенсивным. Струя мочи ослабевает, объем мочи, выделяемый за один раз, уменьшается. Больной просыпается ночью именно для того, чтобы помочиться 1-2 раза, чего раньше никогда не наблюдалось. Еще одно проявление ДГПЖ на этой стадии – появление таких сильных позывов к мочеиспусканию, что больной не может их отсрочить даже на короткое время (т.н. «императивные» позывы). К сожалению, почти все мужчины рассматривают эти явления как возрастные или связывают их с другой причиной и оттягивают момент обращения к врачу на неопределенный период.

Постепенно акт мочеиспускания затрудняется. Струя мочи падает почти отвесно, а не по обычной кривой. Во время мочеиспускания мужчине приходится сильно напрягать мышцы живота, что утомляет человека и заставляет делать перерывы для отдыха.

При отсутствии лечения больные перестают испытывать удовлетворение после мочеиспускания: появляется ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Впоследствии моча может отходить небольшими порциями, и даже вне акта мочеиспускания. Появляются явления недержания мочи, то есть моча выделяется по каплям, постоянно и против желания больного, - сначала ночью, а затем в течение целых суток. У мужчины может наступить воспаление почек, иногда развивается почечная недостаточность, что проявляется слабостью, раздражительностью, головной болью, жаждой, сухостью во рту.

Осложнения при аденоме предстательной железы.

При отсутствии лечения заболевания может развиваться в острую задержку мочеиспускания – мочеиспускательный канал полностью перекрывается увеличенной массой аденомы, не в состоянии пропустить ни капли мочи. Больной при этом

испытывает сильные боли и вздутие в низу живота за счет переполнения мочевого пузыря.

Следует отметить, что острая задержка мочеиспускания может развиваться на любой стадии ДГПЖ, даже на самой ранней. Ее могут спровоцировать такие факторы, как длительное не опорожнение мочевого пузыря, переохлаждение, погрешность в диете, прием алкоголя. Наиболее часто урологам приходится иметь дело с осложнениями ДГПЖ после праздника Великой Победы (начиная с 10 мая).

Другим осложнением аденомы простаты является гематурия – появление крови в моче. При повышении давления в мочевом пузыре происходит растяжение всех его стенок. При этом повреждаются вены, при разрыве которых может наблюдаться кровотечение.

Еще одним осложнением ДГПЖ принято считать образование камней в мочевом пузыре. Камни образуются в результате застоя мочи или при сопутствующей мочекаменной болезни – когда спустившийся из почки мелкий конкремент может пройти через узкую часть мочеиспускательного канала.

Профилактика развития ДГПЖ.

К сожалению, подтвержденных данных о профилактике ДГПЖ на сегодняшний день не существует. Есть данные о том, что ряд растительных препаратов (экстракт коры африканской сливы, спеман, льняное семя и проч.) снижают риск ДГПЖ и повышают потенцию, но эти сведения не подтверждены клиническими исследованиями.

Для профилактики ДГПЖ рекомендую всем мужчинам старше 45 лет взять за привычку ежегодно посещать уролога для обследования.

2.3 Аденома и рак простаты – что общего и в чем различия?

Рак предстательной железы.

На сегодняшний день среди мужчин показатель смертности от рака предстательной железы (РПЖ) находится на втором месте после рака легких. РПЖ может развиваться абсолютно у любого мужчины старше 45-50 лет.

Причины и развитие заболевания.

Развитие РПЖ связывают с определенными изменениями в структуре хромосом. Эту злокачественную железистую опухоль принято считать «гормонально-зависимой», поскольку скорость ее роста определяется уровнем тестостерона – мужского полового гормона. РПЖ отличается медленным и злокачественным течением: рак может не проявляться многие годы, но давать ранние метастазы (отсевы клеток в отдаленных органах) в кости (таз, бедра, позвоночник), легкие, печень, головной мозг, желудок. До появления метастазов опухоль можно удалить, и это остановит заболевание. Но если диагностированы метастазы, - заболевание признается «распространенным» и лечить его нужно комплексно, используя все возможности медицины.

Проявления рака предстательной железы.

Наибольшая проблема в выявлении РПЖ – **заболевание начинает беспокоить человека только тогда, когда оно зашло уже очень далеко**, и шансы на излечение значительно снизились. РПЖ может проявляться болями в промежности, появлением крови в моче и в сперме или протекать бессимптомно. В ряде запущенных случаев опухоль может проявиться болями в костях (в тазу, бедрах, позвоночнике), боли в груди, - это случается при метастатическом поражении. Иногда могут развиваться острая задержка мочеиспускания или проявиться симптомы раковой интоксикации – в виде

резкой потери веса, слабости, бледности кожи с землистым оттенком (за счет анемии и/или метастазов в печени).

При первом же обращении уролог направляет пациента для сдачи анализа крови на онкомаркер ПСА (простатспецифический антиген). Это белок, вырабатываемый в секреторных клетках простаты, его концентрация резко возрастает в крови при наличии любого неблагополучия в простате. Однако, при выраженном воспалении в простате, или при стремительно растущей ДГПЖ уровень ПСА, также может быть повышен – необходимо детальное обследование. Преимущество получения результата ПСА – на сегодня это практически единственный способ рано заподозрить рак простаты, когда с ним можно бороться радикально. Метод очень прост, и для больного выглядит как обычный анализ крови.

После получения анализа крови на ПСА врач – уролог пальпирует предстательную железу через прямую кишку (пальцевое ректальное исследование). При подозрении на уплотнение в железе, высоком показателе ПСА и подозрительных образованиях при УЗИ органов малого таза – пациенту может быть предложено выполнение биопсии простаты. Во время биопсии специальной иглой получают маленький кусочек ткани железы для последующего исследования.

Основные методы лечения рака предстательной железы.

Основные методы лечения больного РПЖ – хирургический, лучевой, лекарственный и «выжидательное наблюдение». **Хирургический метод** лечения – радикальная простатэктомия, полное удаление предстательной железы и окружающих тканей. Формирование анастомоза (соединения) между мочевым пузырем и задним отделом уретры. **Лучевая терапия** представляет собой облучение зоны предстательной железы радиоактивным гамма – излучением. Это позволяет снизить скорость роста опухоли, уменьшить вероятность появления метастазов. В настоящее время получила развитие методика брахитерапии: облучение проводится после вживления в ткань простаты специальных игл с радиоактивным покрытием. **Лекарственный метод** представлен заместительной гормональной терапией: гормональные препараты снижают или блокируют уровень периферического тестостерона или участков гипофиза, производящих т.н. релизинг – факторы (пусковые субстанции для выработки тестостерона) и рецепторов опухоли, что позволяет уменьшить скорость роста опухоли и ее метастазов. Лечение гормонами не дает полного излечения, но улучшает состояние больного и уменьшает симптомы заболевания. В ряде запущенных случаев применяются химиопрепараты. Назначение любого вида терапии РПЖ проводит квалифицированный врач, онколог – уролог.

Как избежать рака предстательной железы?

К сожалению, полного и всеобъемлющего ответа на этот вопрос пока нет. Для профилактики РПЖ ни в коем случае нельзя применять препараты, которые используются для лечения опухоли. Каждому мужчине старше 45 лет настоятельно рекомендуется раз в год проходить обследование крови на ПСА и консультироваться у уролога по поводу результатов анализа. При наличии в семье родственников по мужской линии, больных РПЖ, рекомендовано проводить такое обследование, начиная с 40 лет. При подозрении на РПЖ обязательно показано выполнение биопсии простаты, а в случае подтверждения диагноза – незамедлительное обследование и лечение этого грозного заболевания.

3. Воспаление мочеиспускательного канала (уретрит).

Уретрит у мужчин – достаточно распространенное заболевание, особенно в репродуктивном, сексуально активном возрасте.

Воспаление мочеиспускательного канала чаще всего бывает обусловлено инфекцией – бактериями, вирусами, грибами и т.д. (за исключением последствий лучевой терапии, аллергических процессов, травм и химических ожогов). Да простят меня женщины, мы поговорим об уретрите у мужчин.

С учетом варианта инфекции, различают уретрит специфический и неспецифический:

- **Специфические процессы** – вызываются инфекциями, передающимися половым путем (ИППП): *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealiticum*, *Mycoplasma hominis et genitalium*, *Gardnerella vaginalis*, *Candida*, Herpes simplex virus, Cytomegalovirus, вирус папилломы человека. Этим инфекциям может быть несколько, они могут присутствовать вместе с другими бактериями, вирусами, грибами, и если они выявляются, - уретрит называется специфическим.

- **Неспецифические процессы** – вызваны стафилококками, стрептококками, грибами и прочими микроорганизмами, которые до поры могут никак себя не проявлять. Ряд микроорганизмов может обитать в мочеиспускательном канале и в нормальных условиях, но при патологических условиях – способен перейти в патологическую форму. Принципиальной разницы в проявлениях, развитии заболевания и способах лечения специфического и неспецифического уретрита нет. Разница заключается только в одном – в необходимости обследовать и лечить всех партнеров пациента, если выявлена ИППП.

- Некоторые микроорганизмы из групп ИППП могут выявляться и у здоровых людей (например, *Ureaplasma urealiticum* и *Gardnerella vaginalis* – у женщин).

- Большинство ИППП обладают низкой вирулентностью, т.е. способностью вызывать воспаление. Из этого следует, что наличие инфекции у одного партнера не означает автоматического ее присутствия у второго. Диагностика половых инфекций должна быть проведена обоим партнерам в полном объеме.

- Клиническое значение микроорганизмов этой группы различно, несмотря на то, что они объединены в одну группу: все ИППП способны вызывать воспаление разных органов мочеполовой и репродуктивной систем у мужчин и женщин. Грибы рода кандиды – одна из более частых причин воспаления слизистой оболочки влагалища у женщин, редко передаются половым партнерам и приводят к уретриту, чаще вызывая у мужчины баланопостит – воспаление крайней плоти и головки полового члена (красноватые пятна, зуд и белый налет). Роль цитомегаловирусной инфекции – определяется влиянием на ход беременности и возможную внутриутробную патологию плода. Вирус папилломы человека (HPV) не вызывает воспаления, однако может привести к злокачественному перерождению клеток, главным образом у женщин (рак шейки матки), но также у мужчин.

- Для подтверждения диагноза **недостаточно одного положительного результата** исследования методом ДНК - диагностики (ПЦР - тест). Для каждого вида ИППП существует эффективный метод, иногда используется серодиагностика (диагностика по анализу крови), а нередко и сочетание нескольких методов.

Предрасполагающие факторы для развития уретрита.

- Переохлаждение – однократное или постоянное.
- Травма полового члена.
- Мочекаменная болезнь – камень или песок, проходя по мочеиспускательному каналу, могут травмировать его стенку и вызывать воспаление.
- Нерегулярная половая жизнь с большим количеством разных половых партнеров (промискуитет).

- Погрешности в диете – употребление в пищу больших доз острого, кислого, соленого, маринованного, алкоголя. Все эти вещества обладают раздражающим воздействием на стенки мочевых путей, что может привести к развитию острого воспаления или к прогрессированию хронического.
- Недостаточное употребление жидкости, нерегулярный режим мочеиспускания. При мочеиспускании происходит смывание бактерий со стенок мочевых органов, это один из механизмов защиты организма от уретрита. Также, уменьшается концентрация мочи – раздражающее действие снижается. Если перерыв между мочеиспусканиями составляет 4 и более часов, риск развития заболевания повышается.
- Хронические воспалительные заболевания.
- Медицинские операции и манипуляции – забор мазка, катетеризация мочевого пузыря, уретроцистоскопия и проч.

Предрасполагающих факторов для развития уретрита достаточно много, и встречаются они часто. Так что заболеть уретритом может любой человек.

Как развивается заболевание.

Острый специфический уретрит чаще всего проявляется после полового контакта, уже на 5-7 день. Если заражение произошло давно и имело место носительство инфекции, заболевание может проявиться в любой момент, - с появлением новой половой партнерши, после урологического исследования, сопутствующего заболевания (ОРВИ) и проч.

Неспецифический уретрит, также может развиваться после полового акта со случайной партнершей, без использования презерватива (анальный секс или классический вагинальный контакт с партнершей, имеющей нарушение микрофлоры влагалища). В первую очередь мужчина может отметить развитие баланопостита, а впоследствии уретрита.

Воспаление мочеиспускательного канала всегда развивается вследствие снижения местного иммунитета. Инфицирование уретры происходит постоянно, инфекция попадает с кожи, из кишечника, с током крови из любого очага. Во время полового акта происходит наиболее массивный заброс инфекции. При интенсивном воспалении агрессивной микрофлорой могут наблюдаться симптомы острого простатита (учащение мочеиспускания, жжение в начале, а затем в течение всего акта мочеиспускания, боли в промежности). До тех пор, пока местная иммунная система уретры справляется с чужеродными бактериями, заболевание не проявляется. Но стоит защитным механизмам ослабеть, возникает воспаление со всеми симптомами. И вот здесь на помощь приходит Трансфер фактор, природный иммунокорректор.

Проявления уретрита.

В первую очередь, уретрит может начаться с болей, резей, жжения, зуда – с дискомфорта при мочеиспускании. Ощущения могут быть в области головки, в самом половом члене или в промежности, но они обязательно связаны с актом мочеиспускания. Второй основной симптом уретрита – выделения из мочеиспускательного канала. Поговорим об этом более подробно.

Что может выделяться из мочеиспускательного канала у мужчины:

1. Моча.
2. Сперма.
3. Смазка (или, говоря научно, «либидозная слизь») - при половом возбуждении может выделяться небольшое количество секрета мелких половых желез, так называемая «мужская смазка». Это совершенно нормальное явление, хотя многие по незнанию пугаются этой смазки.
4. Кровь может выделяться из мочеиспускательного канала только при травмах, опухлях или при выраженном воспалении. Выделение крови из уретры (уретроррагия)

– всегда экстренная ситуация, при которой нужно срочно обратиться к врачу. В редких случаях уретроррагия возникает вследствие эрозивного (мелкие язвочки) уретрита. Небольшой выходящий камень может также травмировать стенку мочеиспускательного канала.

5. Секрет предстательной железы (простаторрея) может выделяться у мужчин при хроническом конгестивном (застойном) простатите, во время дефекации или сразу после полового акта (см. выше).

6. Выделения из мочеиспускательного канала. Если выделения не подходят ни под одно предыдущее описание, то отделяемое из уретры воспалительного характера, - признак уретрита.

Стадии развития уретрита.

Как правило, хронический уретрит протекает с эпизодами обострений и ремиссий, то есть симптомы заболевания периодически появляются, а затем исчезают. В период обострения беспокойства могут быть незначительными, но могут доставлять и ощутимый дискомфорт. В период ремиссии симптомов заболевания либо нет совсем, либо они значительно слабее, чем при обострении.

С каждым очередным обострением воспалительный процесс захватывает все большую площадь слизистой оболочки, заболевание прогрессирует. Как правило, каждое очередное обострение проходит с более заметными симптомами. Рано или поздно развиваются осложнения.

Осложнения заболевания.

Простатит, цистит, колликулит, стриктуру уретры и орхидидимит можно считать осложнениями уретрита.

Из мочеиспускательного канала воспаление может перейти на предстательную железу, мочевой пузырь и органы мошонки. При длительном хроническом течении уретрита, в отсутствие его полноценного лечения, после многочисленных манипуляций (уретроскопия, катетеризация) может развиться сужение – стриктура уретры. Основные проявления – ослабление напора мочи при мочеиспускании. Запущенные стриктуры требуют хирургического вмешательства.

Еще одно осложнение уретрита колликулит – воспаление семенного бугорка (бугорок располагается в заднем отделе уретры, куда открываются семявыносящие протоки, и поступает сперма во время эякуляции). При этом пациент может ощущать жгучие боли, колющие или простреливающие неприятные ощущения с иррадиацией в промежность, мошонку, бедра, низ живота. При колликулите может болеть вся зона между коленом и пупком.

Как проводится диагностика уретрита?

Для того, чтобы не развился уретрит, нужно стараться не допускать:

- хронических воспалительных заболеваний, особенно в органах малого таза;
- переохлаждений;
- беспорядочной половой жизни, случайных связей;
- травм полового члена;
- погрешностей в диете, употребления большого количества острой, кислой, пряной, жареной, маринованной пищи, алкоголя.
- Проблема со стулом – как запоров, так и диареи.

Понятно, что избежать всех этих факторов невозможно, даже если думать только об этом. Поэтому для собственного спокойствия нужно периодически проводить диагностику у врача-уролога. Это позволит избежать многих проблем.

4. Воспаление яичка и его придатка, или орхоэпидидимит

Эпидидимит – воспаление придатка яичка. Чаще бывает осложнением общего инфекционного заболевания (гриппа, пневмонии, ангины и проч.) или хронического воспаления мочеполовых органов – уретрите, простатите, везикулите. Появлению эпидидимита часто способствует травма мошонки, промежности, области таза, а также все те факторы, которые приводят к застою крови в органах малого таза (см. раздел о простатите). Чаще всего эпидидимит протекает остро, однако встречается и хроническое воспаление придатка яичка.

Особым видом эпидидимита является появление этого заболевания после проведенной стерилизации – перевязки или рассечения семявыносящих протоков. При этом образующиеся в яичках сперматозоиды не успевают рассасываться. Накапливаются в придатке и вызывают т.н. «асептическое» воспаление.

Как проявляется острый эпидидимит?

Заболевание начинается остро, с появления боли в одной половине мошонки и увеличения ее размеров. Боль может распространяться в пах, промежность, иногда в крестец и поясницу, резко усиливается при движении. Мошонка на стороне поражения увеличивается, кожа ее краснеет, теряет свои складки за счет отека. Одновременно у больного могут отмечаться лихорадка, с повышением температуры тела до 38-39°C, общие симптомы воспалительного заболевания – слабость, головная боль, потеря аппетита и др. Придаток яичка увеличивается, становится плотным, резко болезненным при прикосновении.

Хронический эпидидимит.

Хронический эпидидимит чаще развивается при специфических воспалительных заболеваниях (сифилис, туберкулез) или после выполнения стерилизации мужчины. Н проявляется постоянной или периодически возникающей болью в яичке, особенно при ходьбе. Боль может отдавать в пах, крестец, поясницу. Температура тела регулярно повышается до 37°C. Придаток яичка на ощупь плотный, болезненный, с участками уплотнения.

Хронический эпидидимит чаще, чем острый, бывает с двух сторон. При этом более вероятно облитерация придатков яичка, с исходом в бесплодие.

Лечение хронического эпидидимита принципиально напоминает терапию острого процесса, но имеет больший период по длительности, с акцентом на местное лечение и физиотерапевтические процедуры. При безуспешности консервативной терапии и развитии осложнений прибегают к эпидидимэктомии – оперативном удалении придатка яичка.

Что будет, если не лечиться?

При отсутствии лечения уже через несколько дней воспаление в придатке яичка может привести к его нагноению. При этом состояние больного резко ухудшается, температура тела повышается, а кожа мошонки становится глянцевой, резко болезненна при прикосновении. В другом случае воспаление может перейти на яичко, что приведет к развитию острого орхита. В финале воспалительного процесса в придатке яичка может разрастись соединительная ткань, что приведет к непроходимости придатка для сперматозоидов (при эякуляции). Двусторонний эпидидимит может стать причиной обтурационной формы бесплодия.

Профилактика эпидидимита.

Профилактика заключается в лечении хронических воспалительных заболеваний мочеполовых органов, в первую очередь хронического уретрита и простатита. В остальных случаях надо внимательнее прислушиваться к своим ощущениям, особенно

если довелось перенести общее инфекционное заболевание (острую пневмонию, ангину) или получить травму мошонки, и при малейшем подозрении на появление эпидидимита немедленно обращаться за помощью к врачу – урологу.

II. Трансфер факторы. Общие представления.

Трансфер факторы (ТФ) – полипептидные молекулы, размером 1000-10000 дальтон, состоящие из аминокислот (в среднем около 44), которые вырабатываются в лейкоцитах крови. Это сигнальные молекулы – коммуникаторы, которые «обучают» и «тренируют» иммунные клетки. Трансфер факторы передают иммунную информацию от клетки к клетке внутри организма всех позвоночных, в том числе и человека, а также от матери своим детям, для того чтобы накопленный иммунный опыт не пропал. Это очень древняя система накопления и передачи жизненно важной информации. Рыбы передают трансфер факторы своим детям в икринках, пресмыкающиеся и птицы в яйце, а млекопитающие через молозиво – первичное молоко.

Трансфер факторы открыли в 1949 г. в крови доноров. Введение людям, не имеющим иммунитета от туберкулеза, диализата лейкоцитов от доноров, переболевших туберкулезом, позволяло очень быстро поднять иммунитет против этой инфекции. Шервуд Лоуренс, первооткрыватель этого феномена, назвал его «Фактором переноса иммунитета» или «Трансфер фактором». Более 60 лет его успешно применяют для лечения самой разнообразной патологии. Однако технология получения ТФ из крови доноров или из крови и селезенки животных очень дорогая, что являлось основным препятствием для широкого использования ТФ.

Широкое развитие Трансферцевтики (науки о ТФ) и повсеместное применение этих препаратов началось после того, как компания «4Life Research, L.C.», США начала выпуск ТФ из молозива коров и из куриных желтков. Препарат стал доступен для большинства потребителей (стоимость ТФ 4Life Research с сотни раз ниже аналогов). ТФ помогает нормализовать работу иммунной системы через созданные самой природой механизмы. Клетки организма получают «программу» для правильного функционирования и многие проблемы, связанные как со сниженным, так и избыточным иммунным ответом, решаются естественным образом.

Сочетанное применение препаратов на основе ТФ и антибактериальной терапии позволяет достичь выраженного эффекта при лечении самой сложной патологии. При использовании ТФ появляется возможность уменьшить дозу антибиотиков и усилить действие эубиотиков, ферментов, адаптогенов и других препаратов.

Характеристики Трансфер факторов.

Основная роль Трансфер факторов – обучить иммунную систему правильной работе. Правильная работа иммунной системы заключается в согласованной работе всех иммунных клеток. Это позволяет обеспечить защиту организма от микробов (бактерий, вирусов, грибов, простейших), раковых клеток и других антигенных веществ, способных привести к нарушению жизненно - важных процессов, и при этом убрать избыточные, неадекватные реакции, которые наблюдаются при аллергических и аутоиммунных процессах.

Трансфер фактор:

- Регулирует клеточное и гуморальное звено иммунной системы, в частности, повышает активность естественных лимфоцитов – киллеров;
- Является иммунорегулятором про – и контравоспалительных цитокинов;
- Стимулирует Т – клеточный иммунитет, восстанавливает соотношение Т хелперы/Т супрессоры, повышает цитотоксичность лимфоцитов;

- Увеличивает цитотоксический потенциал НК – клеток;
- Способствует образованию эндогенных интерферонов и восстановлению активности клеток интерферон – продуцентов;
- Способствует неспецифической активации макрофагов и завершению фагоцитозу;
- Участвует в распознавании антигенов макрофагами;
- Ускоряет этап презентации антигенов иммунокомпетентным клеткам;
- Сокращает время выработки антител;
- Усиливает местный иммунитет за счет снижения свободнорадикального окисления липидов и повышения стабильности цитомембран, что оказывает протекторное действие на эпителиальный покров слизистых оболочек, увеличивая конкурентную адгезию (осаждение) полезной микрофлоры;
- Способствует быстрой элиминации вирусов;
- Уменьшает иммунодепрессию, вызванную ксенобиотиками, лекарствами и канцерогенами;
- Резко сокращает частоту обострений при хронических заболеваниях, улучшает качество жизни больных;
- Повышает эффективность антибактериальных и противовирусных лекарств, хорошо совместим со всеми средствами традиционного лечения;
- Совместим с проведением химио - и лучевой терапии при онкологических заболеваниях, снижает побочные токсические осложнения;

По результатам многочисленных клинических исследований (PubMed), Трансфер факторы компании «4 Life Research» проявляют наибольшую активность, в сравнении с широко известными иммуномодуляторами.

На сегодняшний день на рынок России поступает пять композиций, содержащих Трансфер факторы:

- ***Трансфер фактор XF™*** - концентрат Трансфер факторов из молока коров (в 1 капсуле 200 мг). Патент США №4 816 563. Свидетельство о государственной регистрации RU.77.99.11.003.E.004976.03.11 от 03.03.2011г.
- ***Траесфер фактор Плюс™*** - содержит Трансфер фактор XF™ (100 мг), цинк монометионин 17 мг (цинка 3,3мг), фирменная смесь "Кордиванты" - инозитол гексафосфат, экстракт бобов сои (фитостерины), порошок кордицепса китайского, экстракт пищевых дрожжей, порошок кожуры лимона, экстракт гриба *Agaricus blazei*, порошок пульпы листьев алое вера, экстракт овса, экстракт листьев оливкового дерева, экстракт гриба маитаке, экстракт гриба шиитаке. Патент США №4 816 563. Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.E.004979.03.11 от 03.03.2011 г.
- ***Трансфер фактор Эдвенсд™*** - содержит Трансфер фактор E - XF™ (концентрат 300 мг, из молозива коров и желтка куриных яиц). Патент США № 646 856. Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.E.004978.03.11 от 03.03.2011 г.
- ***Трансфер фактор Кардио™*** - содержит Трансфер фактор E - XF™ (концентрат 478 мг, из желтка куриных яиц), витамин А (бета-каротин), витамин С (магния дегидроаскорбат, аскорбил пальмитат, аскорбиновая кислота), витамин Е (альфа-токоферол сукцинат), ниацин (ниацинамид), витамин В6, фолиевая кислота, витамин В12 (цианокобаламин), магний (лизинат, аргинат, дегидроаскорбат), цинк (аргинат) селен (селенометионин), медь (глицинат), калий (цитрат). Фирменная смесь: чеснок (дезодорированный), экстракт боярышника кроваво-красного, экстракт иглицы шиповатой, экстракт риса на красных дрожжах, экстракт листьев гинкго билоба, кофермент Q10, ресвиратрол, имбирное масло. Патент США № 646 853.

Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.E.004977.03.11 от 03.03.2011г.

• **Трансфер фактор Глюкоуч**™ - содержит Трансфер фактор Е - XF™ (концентрат 340 мг, из молозива коров и желтка куриных яиц), хром (глицинат, никотинат), эксиракт птерокарпуса, экстракт семян пажитника сенного, плоды момордики, экстракт листьев джимнемы обыкновенной, экстракт корней женьшеня корейского, альфа-липоевая кислота, ванадий, стеарат магния. Патент США № 646 853. Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.E.004975.03.11 от 03.03.2011 г.

Биологически активные добавки к пище на основе Трансфер фактора изготовлены компанией «4Life Research, L.C.» (9850 South 300 West Sandy, Utah 84070), США. Качество гарантировано стандартами GMP.

Эффективность использования Трансфер факторов подтверждена клиническими исследованиями, проведенными в ряде крупных российских клиник. Министерством Здравоохранения и социального развития РФ выпущено Методическое письмо: «Иммунореабилитация при инфекционно – воспалительных и соматических заболеваниях с использованием Трансфер факторов» (2004 г.).

Результаты научных исследований и многочисленные свидетельства практикующих врачей свидетельствуют, что сертифицированный биологически активный продукт Трансфер фактор может использоваться как вместе с традиционной терапией заболеваний, так и для профилактики у пациентов любой возрастной группы.

Опыт использования ТФ врачами США позволяет включать его в схемы лечения самых различных заболеваний. Длительность курсов Трансфер фактора, а также частота и кратность приема подбираются индивидуально.

III. Основы лечения мужских сексуальных проблем.

Опыт использования Трансфер факторов.

1. Лечение эректильной дисфункции.

Нежелание мужчин обращаться к врачам по поводу эректильной дисфункции представляет собой большую проблему для докторов всего мира, но особенно это актуально в России. У многих представителей сильного пола существует уверенность, что мужчинам «не к лицу» обращаться к докторам с проблемами личного характера. Прямо скажем, можно представить, как посмотрят в обычной районной поликлинике на мужчину, который под конец рабочего дня будет жаловаться уставшему терапевту на свои неудачи на личном фронте. Психика мужчины в плане его сексуальных особенностей крайне ранима, и выражение «проблемы в личной жизни» часто переходит в «личные проблемы», то есть в проблемы, которыми ни с кем нельзя делиться. Между тем современная медицина располагает весьма значительным арсеналом средств для помощи таким больным.

Любое мероприятие, направленное на улучшение и нормализацию функций организма, может рассматриваться как средство восстановления эректильной функции. Поэтому в комплексе с другими терапевтическими мероприятиями часто

применяются физиотерапия, гипербарическая оксигенация, магнито - и лазеротерапия.

Все известные консервативные методы лечения органической ЭД заключаются в применении перед каждым половым актом либо таблетки, либо вакуум - эректора, либо особой инъекции в половой член. Таким образом, эти процедуры носят не излечивающий, а скорее вспомогательный характер, а потому требуют постоянного пожизненного применения. Очень важно установить причину возникновения проблемы, результатом которой явилась ЭД.

К сожалению, при органических формах ЭД доктора часто не в состоянии полностью избавить мужчину от основного заболевания, которое привело к проблемам с эрекцией. В таких случаях проводится **симптоматическое лечение**, то есть лечение, задачей которого является восстановление способности мужчины к нормальной эрекции. Для этого разработан ряд методов. Поговорим о каждом из них в отдельности.

Медикаментозная терапия.

После приема Силденафила (наиболее известного, как Виагра) эрекция возникает в период от 30 минут и может продолжаться до 4 часов. Но **обязательное условие для ее возникновения** – наличие полового возбуждения. Примерно также действует препарат Варденафил (Левитра), существенное преимущество которого в большой безопасности и меньшем количестве побочных эффектов.

После этих двух лекарств на фармацевтическом рынке появился препарат Тадалафил (Сиалис), который также предназначен для лечения ЭД, но имеет более длительный период действия. В отличие от Виагры и Левитры, Сиалис дает пациенту возможность принять таблетку, к примеру, в пятницу вечером – и иметь половой акт вечером в субботу или утром в воскресенье. Широкий спектр действия Сиалиса, который можно применять, в сочетании с приемом пищи или алкоголя, делает использование препарата более удобным, - качество, которое высоко ценится мужчинами с ЭД.

Эти препараты являются очень большим шагом в лечении ЭД, но пока они могут помочь далеко не всем больным (эффективность Виагры, например, составляет лишь 75%).

Ряд лекарств, действие которых заключается в повышении общего тонуса организма, артериального давления, в общеукрепляющем действии, содержащие витамины и микроэлементы, косвенно незначительно увеличивают интенсивность кровотока в сосудах полового члена, что делает возможным их применение для избавления от ЭД. К этим препаратам относятся экстракты и настойки женьшеня, элеутерококка, левзеи, золотого корня, заманихи, аралии, пантокрин. Все эти средства обладают одним общим достоинством – они благотворно действуют на весь организм в целом и не вызывают никаких осложнений.

Интракавернозное введение лекарственных препаратов.

Это самый первый способ искусственного достижения эрекции, он используется с 1975 г. (первые сведения опубликовал V. Virag). Фармакологические препараты, используемые для лечения ЭД, как правило, применяются непосредственно перед половым актом. Суть метода заключается в том, что перед близостью мужчина производит инъекцию особого сосудорасширяющего препарата в кавернозное тело полового члена. Например, при использовании интракавернозных инъекций Простагландина Е1 достигается качественная и продолжительная эрекция, которая возникает уже через 5-10 минут и, независимо от наличия полового возбуждения, длится не более 2 часов. Подбор препарата должен быть строго индивидуальным, а применение его должно производиться с перерывом в 2-3 дня.

Более длительная (свыше 4 часов) лекарственная эрекция носит название **«приапизм»** (от имени древнеегипетского бога плодородия Приапа) – стойкая болезненная эрекция, не связанная с сексуальным возбуждением. Для устранения приапизма необходимо использовать особые меры консервативного лечения, иначе, в запущенных случаях, больному может быть предложена операция.

К недостаткам этого метода можно отнести неудобство в применении, ведь силы воли для совершения инъекции в собственный половой член хватит далеко не у каждого мужчины. Слишком частые инъекции в кавернозную ткань могут приводить к ее склерозированию и фиброзу. Впрочем, если четко соблюдать все указания врача, современные препараты достаточно безопасны в применении.

Интрауретральное введение лекарств.

Согласно этой методике, за 20 минут до близости мужчина с помощью специального устройства вводит себе в мочеиспускательный канал дозу лекарственного препарата. Это обеспечивает качественную эрекцию в течение 1 часа. Недостатками этого метода являются неудобство в применении, неприятные ощущения у партнерши (при сексе без презерватива) и достаточно высокая стоимость препаратов для интрауретрального введения. Один известный уролог сказал, что этот метод сделал половой акт поистине «золотым».

Терапия локальным отрицательным давлением (ЛОД - терапия).

Суть метода ЛОД достаточно проста. Перед половым актом мужчина помещает свой половой орган в специальный резервуар, плотно прижимая его к телу, в котором с помощью насоса создается отрицательное давление. Под воздействием вакуума артерии полового члена расширяются, и происходит эрекция. Перед тем, как извлечь половой член из резервуара, на его основание надевается специальный жгут, блокирующий венозный отток крови из кавернозных тел. В результате достигнутой эрекции хватает для совершения минимум одного полового акта.

Эту методику отличает ее низкая стоимость, полная безболезненность и безопасность. К недостаткам можно отнести некоторое неудобство в применении, появление мелких кровоизлияний в тканях полового члена (при нарушении алгоритма методики) и относительно низкое качество эрекции после использования метода. Поэтому ЛОД – терапия проводится под неусыпным контролем медицинского работника.

Зачастую ЛОД – терапия используется в комплексе с другими методами и препаратами для достижения максимально длительного оптимального эффекта.

Сосудистые операции на половом члене.

Итак, нарушения эрекции часто обусловлены патологическими изменениями в сосудах полового члена. Для улучшения эрекции разработан ряд методик оперативной коррекции, которые направлены на: 1) усиление притока артериальной крови к половому члену; 2) замедление венозного оттока. К сожалению, ни один из этих методов не гарантирует 100% результата (тем более, любая операция в этой зоне имеет риск повреждения нервов, ответственных за эрекцию). Эффективность таких операций, по данным разных авторов – 20-80%.

Хирургическое лечение ЭД рекомендуется в тех случаях, когда другие методы лечения (прием таблеток, интракавернозные инъекции, ЛОД - терапия) оказались **неэффективными, либо неприемлемы для пациента** по определенным причинам.

Если ЭД имеет явный необратимый, органический характер, - в некоторых случаях врач сразу рекомендует хирургическое лечение ЭД, как наиболее эффективное или даже единственно возможное. Случается, что пациенты с длительной ЭД сами выбирают хирургическое лечение, как радикальный метод

решения проблемы. Основные методы хирургического лечения ЭД: операции на артериях полового члена; операции на венах полового члена; имплантация протезов.

Помощь при психологических формах эректильной дисфункции.

Лечение психологических форм нарушений эрекции должно проводиться сексологом – психиатром, специализирующимся на коррекции психосексуальных нарушений. Во всем цивилизованном мире после проведенного лечения органической формы ЭД, мужчина консультируется с сексологом и узнает, что и как ему нужно сделать, чтобы оптимально и быстрее восстановить столь важную функцию организма. В России такая практика по ряду причин не принята, наши мужчины в лучшем случае с другом на кухне за бутылкой пива поделятся своей проблемой, неужели доверят доктору столь секретную информацию. Поэтому и грамотных специалистов – сексологов у нас найти труднее.

В результате помощь при психологических формах ЭД оказывают те, кто лечит и органические формы нарушений, то есть урологам. А, поскольку, в учебниках по урологии методы восстановления эрекции после лечения не описаны, и в ВУЗах врачи получают информацию о разнообразных проблемах, исключая сексологию, урологам пришлось самостоятельно создать ряд приемов для помощи таким больным.

Описать эти приемы здесь не представляется возможным. Да и необходимости в этом никакой нет, поскольку их знание часто может лишь навредить человеку в подобной ситуации.

Приведу лишь такой пример. У мужчины после хирургического лечения сосудов полового члена отмечается полное восстановление кровотока по артериям кавернозных тел, возобновляются утренние эрекции, - но в результате сильного волнения ему не удается совершить половой акт с женой. В этом случае доктор говорит, что больному не рекомендуется секс в течение некоторого времени, например, один месяц. Одновременно с этим, супругу больного предупреждают, что на самом деле это не так, и сказано это лишь, с целью помочь ее мужу быстрее восстановить способность к нормальной эрекции. В результате перед мужчиной появляется искушение «запретного плода» - доктор запретил, а желание есть. Тем более, супруга всячески этому способствует. Волнение исчезает, и проблемы с эрекцией исчезают вместе с ним.

Однако, реально помочь больному в подобной ситуации может лишь грамотный уролог, обладающий большим опытом лечения таких состояний и помощи таким больным. Помните об этом, если Вам придется выбирать себе лечащего врача для коррекции эректильной дисфункции.

И еще раз о самом важном.

- От сексуальной неудачи не застрахован никто, поэтому не стоит принимать ее близко к сердцу, а лучше отдохнуть, успокоиться, сменить обстановку и через некоторое время попробовать еще раз.
- Обязательно пройдите консультацию и тщательное обследование у грамотного специалиста, если у Вас отсутствует эрекция при мастурбации и не отмечается ночной и утренней эрекции.
- Если Вас сильно беспокоят периодические проблемы с эрекцией во время полового акта, необходима помощь грамотного сексолога.
- Не стоит различными искусственными способами пытаться увеличить продолжительность полового акта. Не продолжать один половой акт более 4 часов, даже если Вы способны на это без особых усилий. Это не безвредно для кавернозной ткани полового члена, и со временем может стать причиной ее склерозирования.
- Для снижения вероятности развития ЭД:

- соблюдайте здоровый образ жизни, исключив из него курение, алкоголь и наркотики;
- всегда консультируйтесь с доктором перед приемом любых лекарственных препаратов;
- ведите регулярную половую жизнь без продолжительных периодов воздержания и сексуальных излишеств;
- обязательно поговорите с урологом, если Вы получили травму или подверглись операции на промежности или органах малого таза, если у Вас выявили сахарный диабет или гипертоническую болезнь.

Если Вы будете соблюдать эти несложные рекомендации, - Вас ожидает долгая и полная радости сексуальная жизнь. Современная медицина достигла впечатляющих успехов в лечении ЭД и сделала эту проблему успешно разрешимой. Тщательное обследование, с учетом индивидуальных особенностей, позволит подобрать оптимальный метод лечения, который вернет в Вашу жизнь все радости полноценного секса.

1.1. Трансфер фактор при нарушениях эрекции.

Полипептиды природного происхождения – Трансфер факторы успешно помогают разобраться с проблемами сосудистого и гормонального характера.

Разные продукты, содержащие Трансфер фактор, оказывают сочетанный, синергетический эффект. При этом **Кардиотонический эффект** наиболее у ТФ Кардио; **Антиоксидантный** - у ТФ Плюс; **Сахароснижающий при сахарном диабете** – у ТФ Глюкоуч; Противовоспалительный - у ТФ классического, а **для борьбы с инфекцией и онкологией** наиболее эффективно сочетание ТФ Эдвенсд и ТФ Плюс.

Все Трансфер факторы обладают способностью нормализовать работу антиоксидантной системы – при необходимости, повышать или понижать её активность. Когда необходимо увеличить антиоксидантный эффект используется ТФ плюс. За счет нескольких компонентов, включенных в состав продукта (более подробно о составных частях и действии ТФ Плюс читайте ниже). Прежде всего, речь идет о Кордицепсе, который содержит биологически активных нуклеозиды, которые благотворно влияют на обменные процессы.

Например, нуклеозид аденозин, составная часть кордицепса, - один из наиболее важных модуляторов тонуса сосудов, необходимых организму человека. Улучшение кровообращения – важнейшая составляющая хорошей эрекции. Активные формы аденозина оказывают благотворное влияние на организм, улучшая качество периферического кровообращения в сосудах таза, нижних конечностей, головного мозга.

Несколько слов о замечательном продукте – **Трансфер фактор Кардио**. Именно этот продукт наиболее активно проявил себя при нарушениях эрекции сосудистого происхождения.

Рассмотрим состав Трансфер фактор Кардио [™]. Продукт содержит Трансфер фактор Е - XF [™] (концентрат 478 мг, из желтка куриных яиц), витамины «А» 2500 МЕ, «С» (магния дегидроаскорбат 0,2, аскорбил пальмитата и аскорбиновая кислота), «Е» 100 МЕ, ниацинамид 0,02, «В6» 0,002, фолиевая кислота 0,4, «В12» 0,008; соединения магния (хлорид 0,18, дегидроаскорбат, аргинат и лизинат); цинка аргинат 0,01; меди глицинат 0,02; калия цитрат 0,05; селенметионин 0,5; иглица шиповатая

(корень) (22% стероловых гетерозидов); гинкго двулопастный (лист) (24% гликозидов флавоноидов гинкго, 6% терпена лактонов); боярышник (цветки и листья) (1,8% рутин); чеснок (дезодорированные зубки); кофермент Q10; экстракт риса на красных дрожжах; расвератрол (3,5,4` - тригидрокси – транс - стильбен); имбирное масло.

В 2010 году группой авторов проведено исследование роли Трансфер фактора Кардио при эректильной дисфункции (В.Ю. Смирнов, П.С. Солтан «Новые возможности улучшения эректильной функции у людей пожилого возраста»: X региональная научно – практическая конференция урологов Западной Сибири «Актуальные вопросы диагностики и лечения урологических заболеваний»: сборник научных трудов – Барнаул, 12-13 мая 2011 – с.165-167).

В 2009 – 2010 гг. авторы наблюдали 72 мужчины в возрасте 57-71 год (средний возраст 64 года) с нарушениями эрекции васкулогенной (сосудистой) природы. Всем пациентам выполнялись: ультразвуковое исследование органов малого таза, доплерография сосудов полового члена с интракавернозным тестом, биотезиометрия (оценка чувствительности) кожи половых органов, измерение артериального давления в покое и после физической нагрузки (с использованием трендмила). Были исследованы лабораторные показатели крови пациентов: тестостерон, ФСГ, ЛГ, пролактин, холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, индекс атерогенности, ПСА. При выявлении тяжелых метаболических осложнений, сахарного диабета, воспаления предстательной железы в стадии обострения и возрастного андрогенного дефицита – больных не включали в исследование. Таким образом, изучались клинические случаи сугубо сосудистой патологии.

После получения информированного согласия всем больным начат стандартный курс терапии, включавший применение ингибиторов 5- ФДЭ (виагра, левитра) или интракавернозное лечение, протеолитических ферментов (вобензим), витаминов группы А и Е, адаптогенов (тритерпены) и физиотерапии на зону органов малого таза. Терапия проводилась в среднем 2,5 месяца.

В ходе исследования 28 пациентов (группа А, основная), дополнительно к основному курсу терапии, принимали Трансфер Фактор Кардио, по 2 капсулы 2 раза в день, после еды. У 44 человек (группа В, контроль) курс лечения проводился только по стандартной методике. Для контроля результатов лечения пациенты участвовали в тестировании с использованием традиционных опросников – AMS, IIEF.

Несомненно, в ходе терапии были использованы сильные препараты, которые существенно улучшили качество эрекции у пациентов обеих групп. Блистательный результат использования Трансфер фактора Кардио был продемонстрирован в следующих случаях:

1. У 75% пациентов после приема ТФ Кардио отмечено выраженное улучшение кровоснабжения полового члена по а. dorsalis penis.
2. У 61% пациентов с нарушением жирового обмена увеличился уровень ЛПВП (на 14%), при одновременном снижении ЛПНП, индекса атерогенности и холестерина – до нормальных показателей.
3. К 7 неделе комбинированной терапии с применением ТФ Кардио 25% больных перестали предъявлять жалобы на головные боли, у них констатирована стабилизация артериального давления на уровне 120-130/80-85 мм.рт.ст.
4. У 61% человек на фоне приема ТФ Кардио к 3 неделе терапии появились адекватные эрекции, что позволило сократить объем традиционной терапии до минимума.

Ни у одного пациента не отмечалось диспепсии, аллергических реакций и других побочных явлений. В ходе приема Трансфер фактора только у 1 пациента (3,6%) появились ежедневные головные боли, что изредка отмечалось у него раньше. После отмены ТФ состояние пациента улучшилось, и головные боли прекратились. Интересно, что удовлетворительный лечебный эффект (способность к интроекции, выраженную утреннюю эрекцию и проч.) в течение 6 последующих месяцев после ТФ Кардио отмечали 89% человек. Из пациентов, получавших традиционное лечение, - такие результаты были лишь у 48% мужчин.

Итак, Трансфер фактор Кардио проявил качества многокомпонентной, хорошо сбалансированной формулы, позволяющей не только улучшить ряд метаболических процессов, но также обеспечить целенаправленное улучшение эрекции у пациентов после 50 лет. По свидетельству многих иностранных и российских ученых, этот натуральный комплекс хорошо себя зарекомендовал при лечении венозной недостаточности и в комплексной терапии постинфарктных состояний.

Несомненно, эффект на лицо. Но требуется глубокое осмысление роли Трансфер фактора в научных кругах для нашего с Вами здоровья! После получения достоверных результатов Трансфер фактор, несомненно, займет достойное место наряду с другими официальными лекарствами, в улучшении качества жизни мужчин любого возраста.

Итак, при нарушениях эрекции рекомендуем подбирать следующую дозировку Трансфер факторов:

при наличии воспаления в органах мочеполовой системы – ТФ классический от 3 до 6 капсул в день, ТФ Эдвенд от 4 до 8 капсул в день, с постепенным переходом на поддерживающую дозу;

при сосудистой причине нарушений – ТФ Кардио до 4 капсул в сутки, в течение 1-2 месяцев, с переходом на поддерживающую терапию (1-2 капсулы в сутки), не менее полугода;

при сопутствующем сахарном диабете, увеличении массы тела – ТФ Глюкоуч по 4 капсулы в сутки, в течение 1-2 месяцев, с переходом на поддерживающую терапию (1-2 капсулы в сутки), не менее полугода;

применение ТФ Плюс при любой форме нарушения эрекции, с учетом богатства состава его формулы (см. ниже).

Эти рекомендации не исключают, а дополняют назначения Вашего врача. Помните: успех лечения напоминает строительство нового дома. Многое определяется правильно спланированным сроком, макетом будущего Строения, качеством материалов и, разумеется, профессионализмом строителей.

Применительно к Здоровью, к рецепту нашего Пирога стоит добавить правильную комбинацию компонентов лечения и уверенность в отличном результате!

2. Лечение простатита.

Эффективное лечение простатита невозможно без понимания сущности заболевания, т.е. необходимо определить основные причины и механизмы его развития. Термин «простатит» объединяет несколько различных заболеваний предстательной железы (бактериальных и не бактериальных) и синдромов,

отличающихся по характеристикам и методам лечения.

На сегодняшний день роль различных инфекций, в том числе ИППП преувеличена. В большинстве случаев хронический простатит развивается в результате комбинированного влияния неинфекционных факторов, внешних и внутренних.

Личный опыт большинства пациентов свидетельствует о том, что при лечении простатита ведущим методом остается применение антибиотиков, зачастую не оправдывающее ожиданий больных и их лечащих докторов. Причина низкой эффективности лечения простатита заключается в объективном факте – современная медицина до сих пор не располагает четким представлением о причинах и механизмах развития этого заболевания.

Простатит характеризует не только высокая распространенность, но и негативное влияние этой патологии на половую, репродуктивную и психоэмоциональную сферу, значительное ухудшение качества жизни. Ключ к высокому качеству при лечении простатита – тщательное обследование пациента, в отдельных случаях также необходимо обследование половых партнеров. Обследование позволяет определить форму простатита, роль инфекций и других факторов, выявить наиболее важные механизмы, которые привели к заболеванию и, соответственно, подобрать рациональную и эффективную терапию.

Основы лечебного подхода.

Простатит – заболевание непростое коварное, поэтому лечение представляет собой большую проблему для докторов всего мира. Однако это не означает, что доктор ничем помочь больному не сможет, и обращаться к нему нет никакого смысла. Полностью **излечить больного от хронического воспаления простаты невозможно**, но устранить симптомы заболевания и вызвать стойкую ремиссию (период без выраженных симптомов) – современная медицина в силах. А там уже полностью от Вас зависит продолжительность периода «без болезни». Если Вы четко и тщательно соблюдаете все рекомендации врача, весьма вероятно, что неприятные и надоевшие симптомы исчезнут. Лечение простатита должно быть комплексным и грамотно подобранным. Для лечения используются: антибактериальная терапия и иммунокоррекция, препараты для нормализации мочеиспускания, физиотерапия и фитопрепараты. В ряде случаев допускается применение массажа предстательной железы. Только комплексное использование разных мероприятий может привести к желаемому эффекту.

Антибактериальная терапия.

Использование антибактериальных средств необходимо, поскольку нужно уничтожить все патологические инфекционные агенты. Препараты для антибактериальной терапии обязательно подбираются в соответствии с результатами проведенной диагностики (об этом говорилось выше.).

При использовании антибиотиков мы можем встретиться с двумя вариантами развития событий. Или препараты убьют все патогенные микроорганизмы, или часть из бактерий выживет и, рано или поздно, снова даст о себе знать (став нечувствительной к проводимому лечению, или изменив форму – например, перейдя в L-форму). Причем, после такой «тренировки» убить их будет значительно сложнее. Необходимо отметить, что назначенный курс должен в равной мере обеспечить защиту нормальную микрофлоре кишечника. Поэтому выбор препарата, дозировки и схемы его применения должны быть продуманы самым тщательным образом. Здесь и заключается мастерство врача – уролога.

Нельзя забывать общие правила антибактериальной терапии: если лечение началось, его ни в коем случае нельзя ни прерывать, ни приостанавливать – курс

должен быть непрерывным! Если это произошло, то диагностику и курс лечения нужно провести еще раз, спустя определенное время.

В случае если применение антибиотика в течение трех суток не дало Вам видимого улучшения, препарат необходимо заменить на другой (но ни в коем случае не отменять лечение!). Не стоит использовать антибиотик с препаратом из этой же группы, что Вы принимали недавно для лечения другого заболевания (бронхит, пневмония и др.). Перед началом лечения обязательно проконсультируйтесь с доктором по всем этим вопросам.

Физиотерапия при простатите проводится в разных вариантах. В любом случае, ее действие направлено на усиление кровотока в органах малого таза, что повышает эффективность антибактериальной терапии. В курсе лечения могут быть использованы электромагнитные колебания, ультразвуковые волны, лазерное воздействие или процедуры, основанные на локальном повышении температуры в прямой кишке. Если нет возможности проводить физиотерапию, можно ограничиться микроклизмами различных лекарственных препаратов (например, димексид, пантокрин) в теплой воде.

Иммунокоррекция при простатите показана с учетом длительного течения воспалительного процесса. Ведь основа терапии простатита заключается в ликвидации инфекции в простате, а также в профилактике ее повторного проявления. Для проведения полноценной антибактериальной терапии недостаточно просто спросить в аптеке: **«А что у Вас есть для повышения иммунитета?»**. Для полноценного лечения длительного, вялотекущего хронического простатита необходим постоянный прием сбалансированных Биологически Активных Добавок, нормализация питания и стула, а в запущенных случаях – и консультация иммунолога. Здесь обоснованное место для эффективного использования Трансфер фактора!

Нормализация образа жизни целесообразна любому пациенту. Ведь если оставить без изменения предрасполагающие факторы, рано или поздно простатит проявит себя вновь, - потому нужно внести в свою жизнь рациональные изменения. Занятия спортом, прогулки, правильный режим сна и бодрствования, полноценное и достаточное питание – залог того, что это неприятное заболевание оставит Вам в память о себе лишь неприятные воспоминания.

2.1. Трансфер фактор при лечении простатита.

При воспалении предстательной железы успешно применяются разные композиции с Трансфер фактором. Рассмотрим некоторые из них. Наибольшую активность при воспалении предстательной железы проявляют ТФ Плюс. За счет чего же? Трансфер фактор Плюс содержит 100 мг Трансфер фактора XF™, а также ряд дополнительных ингредиентов: Цинк монометионин (3, мг цинка); инозитол гексафосфат, экстракт бобов сои, кордицепс синензис (порошок), пищевые дрожжи (Д-бетта-глюкан), лимон (порошок корок), гриб *Agaricus blazei*, экстракт алое, порошок из геля (лист алое вера), экстракт овса (бета - глюкан), листья оливкового дерева, порошок экстракта, гриб маитаки (порошок экстракта), гриб шиитаки (порошок экстракта).

Составные части и механизм действия препарата Трансфер фактор Плюс.

Трансфер фактор, значительно повышает активность клеточного и гуморального иммунитета, и способствует быстрой элиминации (удалению) патогенных микроорганизмов из организма.

Цинк, помимо участия в метаболизме клеток, синтезе белков, заживлении ран, активизации иммунных реакций и поддержании вкусовой и обонятельной чувствительности, необходим мужчине для нормального развития и функционирования половых органов. Цинк участвует в энергетическом обеспечении сперматозоидов, что нарушено при вялотекущем простатите.

Инозитол-6-фосфат, или фитиновая кислота антиоксидантное свойство фитиновой кислоты позволяет выводить соли тяжелых металлов из организма, что для нас, жителей неблагоприятных экологических районов очень важно.

Экстракт бобов сои – **β-ситостерин** из клетчатки бобовых оказывает действие на пролиферацию Т-клеток, увеличивает активность НК – клеток, концентрацию гамма – интерферона и секреции интерлейкина-2.

Лист алое вера. Главное действующее вещество ацеманнан, обладает выраженным радиопротекторным эффектом, защищая кожу от радиационного поражения. Ацеманнан эффективно воздействует, по меньшей мере, на два вида иммунных клеток: увеличивает показатель цитотоксической активности Т-лимфоцитов почти на 50%, а подобный показатель макрофагов в отношении грибов Кандида – почти в 10 раз.

Гриб *Agaricus blazei*, экстракт – признанный «король» грибов, содержит белково – полисахаридные структуры с противоопухолевым и антиоксидантным действием.

Листья оливкового дерева, порошок экстракта – положительный эффект связан с активными ингредиентами: эленоевая кислота, олеуропеин и гидрокситирозол. Эленоевая кислота обладает противовоспалительной активностью (эленоат кальция снижает активность вируса гриппа). Олеуропеин обладает антиатеросклеротическим действием, существенно снижая концентрацию холестерина в крови. Третья активная составляющая из листьев оливкового дерева или самих оливок – ингибитор процессов свободно – радикального окисления, защищает от разрушения слизистую оболочку кишечника.

Грибы маитакэ и шиитаке (порошок экстракта) – целебные свойства уникальны, что подтверждено двухтысячелетней историей японской фунготерапии (науки о лечении целебными грибами) и множеством клинических исследований в Европе, Америке, России. Для биохимии эти грибы стали сенсацией после выделения двух составляющих: 1) полисахарид «лентинан» с уникальной противоопухолевой способностью и 2) «грибные фитонциды», способные бороться с любыми вирусами от самых безобидных риновирусов (вирусы, вызывающие насморк) до вирусов СПИДа. Эти грибы, в особенности шиитаке обладают уникальной способностью выводить вредный холестерин, нормализовать кровяное давление, бороться с низшими грибами, заживлять эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта. В целом, это великолепные иммуностимуляторы.

Присутствие инфекции в предстательной железе во многом определяет прогноз на будущее – для органов мочевыводящей системы и для репродуктивной функции, т.е. способности к оплодотворению. Излеченная в молодости инфекция может вернуться в виде неспецифического, затаившегося в глубине дольки простаты, стафилококка и «своим хвостом» ударить по защитным силам Мужчины. Факторы, способные вызывать к жизни эту неприятность, подробно описаны в разделе I.

Именно поэтому, при любом обострении воспаления предстательной железы показан прием Трансфер факторов. Какой же продукт будет лучше? Рассмотрим примеры.

Больной М., 38 лет, неоднократно проходил курсы лечения неспецифического воспаления предстательной железы в разных клиниках Санкт-Петербурга. Основные жалобы – частое мочеиспускание, боли в области промежности и нарушения эрекции, обусловленные болями. В ходе лечения неоднократно назначались 3-х-4-х недельные

курсы антибактериальной терапии, включавшие до 4-х (!) различных наименований препаратов. Как правило, курсы терапии заканчивались дисбактериозом кишечника, а сам пациент не чувствовал выраженного облегчения. Основные симптомы сохранялись. Больной ушел из дома, был на грани увольнения с работы из-за постоянных курсов лечения, проводившихся в рабочее время.

После назначения ТФ классического (6 капс/сутки) и ТВ Глюкоуч (4 капс/сутки) улучшилось состояние кишечника, отмечено облегчение стула. Подключение ТФ Эдвенсд (4 капс/сутки в течение 10 дней, с переходом на 2 капс/сутки) и ТФ Кардио (4 капс/сутки) привело к значительному улучшению общего состояния и уменьшению болевого синдрома. Дальнейшее сочетание симптоматических лекарств (без антибиотиков!) с физиотерапией позволило пациенту в течение 1,5 месяцев существенно улучшить самочувствие и вернуться в семью. После окончания лечения пациент получал ТФ Плюс (3 капс/сутки) в течение 6 месяцев.

Больной К., 23 года. Под наблюдением врачей с 21 года, после демобилизации из Вооруженных Сил России. Известно, что пациент проходил военную службу в морских частях и часто оказывался в холодной воде. Больной отмечал выраженные затруднения при мочеиспускании, с частым воспалением мочеиспускательного канала. При обследовании диагностировано воспаление предстательной железы, проводилось симптоматическое лечение, без особого эффекта.

Использование ТФ Плюс в больших дозировках (до 9 капс/сутки) в сочетании с ТФ Эдвенсд (до 4 капс/сутки) существенно улучшили его самочувствие. Через 1 месяц после начала терапии был подключен ТФ Кардио (2 капс/сутки), и к исходу 2-го месяца больной перешел на поддерживающую терапию в течение 6 месяцев. Новых обострений воспаления не отмечал.

Трансфер фактор – замечательное красочное дополнение к правильно подобранной лекарственной палитре. И неверно было бы рассматривать этот Продукт как «средство решения всех проблем». Это не Панацея!

Но также, не стоит забывать о возможности прекрасного дополнения для существующих, официальных подходов. Ведь, если этот натуральный продукт так хорошо работает, - «значит это кому-нибудь нужно»! Не будем забывать об этом в нашей повседневной жизни.

3. Доброкачественная гиперплазия (аденома) простаты.

Существует множество различных методов и подходов при лечении ДГПЖ (аденомы предстательной железы). Лечение может быть медикаментозным (применение препаратов), аппаратным и хирургическим.

Медикаментозное лечение эффективно лишь в начальных стадиях заболевания, когда пациент свободно мочится, и моча выводится из мочевого пузыря полностью. Установить это достаточно просто: нужно выполнить ультразвуковое исследование с наполненным пузырем, а затем помочиться и снова измерить объем мочи в мочевом пузыре. Полученная величина называется «объемом остаточной мочи».

Современный спектр лекарственной терапии очень широк. В настоящее время существуют препараты, которые позволяют не только облегчить симптомы заболевания, но и значительно уменьшить объем увеличенной предстательной железы. Однако, эти лекарства применяются строго по назначению врача, и только после проведения полного урологического обследования.

Существуют **неоперативные методы** лечения ДГПЖ, в том числе аппаратные и инструментальные – катетеризация мочевого пузыря, гипертермия, термальная терапия, балонная дилатация и стентирование мочеиспускательного канала. Катеризация мочевого пузыря может быть выполнена при острой задержке мочеиспускания специальных медикаментозных средств. Любое внедрение катетера в мочевой пузырь чревато инфицированием. Потому при повторной задержке мочеиспускания может быть предложено хирургическое лечение – эпицистостомия (наружное дренирование мочевого пузыря). Возможности использования других указанных методик решаются индивидуально, с учетом клинической ситуации, опыта доктора и предпочтений пациента.

Хирургические методы лечения ДГПЖ – признаны наиболее эффективными при невозможности улучшения состояния мочеиспускания с помощью других методов лечения. При не запущенном заболевании (объем остаточной мочи свыше 100 мл, но мочевой пузырь опорожняется самостоятельно, и выделительная и секреторная функции почек в норме) может выполняться трансуретральная резекция простаты (ТУРП) – то есть удаление аденоматозной ткани через просвет мочеиспускательного канала. Это малоинвазивная, наименее травматичная операция.

При значительных размерах аденомы, когда простата достигает больших размеров и налицо признаки почечной недостаточности, а сопутствующие заболевания не позволяют провести радикальное лечение одновременно, больному может быть предложена эпицистостомия. После нормализации состояния почек и результатов анализов выполняется II этап хирургического лечения – ТУРП или открытая (чреспузырная) аденомэктомия или лапароскопическая позадилонная аденомэктомия. Выбор метода вмешательства определяется стадией заболевания, сопутствующей патологией и возрастом пациента, опытом доктора и техническими возможностями клиники. Больному, также, может быть предложена лазерная вапоризация, игольная абляция и прочие виды операций. В каждом случае вопрос о варианте операции решается индивидуально.

3.1. Трансфер фактор при лечении больных с ДГПЖ.

Для успешного лечения больных с ДГПЖ используются следующие основные средства:

1. Блокаторы 5 альфа – редуктазы, - сложного фермента, который вырабатывается железистыми клетками (есть еще т.н. «стромальные» клетки) простаты. Он участвует в преобразовании тестостерона, основного мужского полового гормона, в его неактивную форму – дегидротестостерон (ДГТ). Именно под влиянием ДГТ железистая ткань простаты превращается в плотную, соединительную ткань.

2. Альфа–адреноблокаторы. Задача этой группы лекарств – блокада адренорецепторов, расположенных в зоне шейки мочевого пузыря. При блокаде альфа – адренорецепторов наступает облегчение качества мочеиспускания. Препараты оказывают симптоматическое воздействие, поэтому для выраженного эффекта нужен длительный период приема.

3. Растительные препараты. Характеризуются различной степенью воздействия – от симптоматического до патогенетического, направленного на уменьшение размеров предстательной железы.

4. Трансфер факторы. Как ни один другой препарат, активизируют собственные клетки иммунной системы (натуральных киллеров), которые уничтожают избыточно разросшиеся ткани и ликвидируют как злокачественные, так и доброкачественные опухоли.

Кроме этого, прием Трансфер факторов позволяет получить выраженный клинический эффект за счет компонентов, включенных в состав разных формул.

Например, микроэлемент Цинк в составе ТФ Плюс – признан абсолютно показанным при развитии ДГПЖ. В обычной ситуации этот элемент поступает в достаточном количестве с пищей, но при возрастных изменениях у Мужчин необходимость более высоких концентраций Цинка возрастает. По свидетельству многих исследователей, Цинк способствует уменьшению размеров простаты и облегчает симптомы заболевания. Обычно больным аденомой простаты рекомендуют принимать глюконат, аспартат или пиколинат цинка по 50 мг 2-3 раза в день, в ряде случаев для профилактики и лечения начальных стадий этой болезни рекомендуется прием тыквенных семечек, дважды в день.

Грибы маитике и шиитаке, содержащиеся в составе ТФ Плюс (см. выше), - мощные антиоксиданты, как и ряд других компонентов продукта относят к противоопухолевым профилактическим средствам. Именно поэтому прием ТФ Плюс при угрозе развития ДГПЖ можно признать патогенетически обоснованным (т.е. связанным с механизмом развития этой патологии).

В линейке продуктов компании 4Life Research можно выделить **MalePro** (на российском рынке продукт пока не представлен). Помимо Трансфер фактора (100 мг из концентрата молозива и яичного желтка), MalePro в составе содержит 15 мг Цинка (оксид и аминокислотный хелат), Селена (L - селенметионин), экстракт трав - Saw Palmetto (*Serenoa repens*), Кудзу (*Pueraria lobata*), Неттле (*Urtica dioica*), Брокколи (*Brassica oleracea*), Пигеум (*Pygeum africanum*), Кальций D – Глюкарат, изофлавоноиды сои Glycine max, оливковое масло, ликопин и другие компоненты.

Компоненты включенные в состав MalePro, оказывают воздействие на состояние мочеиспускания и размер предстательной железы. Сочетание плодов (Saw Palmetto) и коры африканской сливы (*Pygeum africanum*) позволяет блокировать активность 5-альфа-редуктазы. Ликопин и Брокколи предотвращают развитие рака предстательной железы, выступая мощным антиоксидантами, а Кудзу и селенметионин улучшают кровообращение в простате.

Под нашим наблюдением находилось 15 мужчин старше 60 лет, с выраженными нарушениями мочеиспускания, подтвержденными при уродинамическом исследовании. Все пациенты предварительно обследованы (УЗИ, анализ крови на ПСА, пальпация железы, биопсия простаты по показаниям) диагноз «ДГПЖ» подтвержден во всех случаях. Пациентам был рекомендован прием MalePro до 3 кап/сутки (1 месяц, с последующим переходом на поддерживающую терапию по 1 капс/сутки, до полугода. После 3-х месяцев приема Продукта у 9 (60%) отмечено выраженное улучшение мочеиспускания (как субъективно, так и по данным урофлоуметрии). Частичное улучшение мочеиспускания и общего самочувствия показали еще 3 (20%) пациентов. Общий результат – 80% положительного эффекта, несомненно, вдохновляет на проведение новых исследований и более широкое назначение этого Продукта.

Продукты, содержащие Трансфер фактор, широко используются при самых разных заболеваниях. Важно понимать причину развития каждого симптома, синдрома и заболевания – тогда мы сможем принять верное решение и выбрать точечный уникальный Продукт. Ведь каждый из представленных Продуктов решает не одну, а целый спектр задач, - и потому становится особенно ценным.

4. Лечение уретрита и орхизэпидидимита.

4.1. Лечение больных с уретритом.

При лечении уретрита должны быть решены две основные задачи:

- **устранение инфекции в мочеиспускательном канале;**
- **восстановление целостности стенки уретры.**

Первая задача чаще всего решается путем проведения антибактериальной терапии. Препараты обязательно подбираются не «вслепую», а на основании результатов ИФА (имунно-ферментный анализ), ПЦР (полимеразноцепная реакция) и культурального метода (посев отделяемого уретры на флору и чувствительность к антибиотикам). Кроме антибиотиков, назначаются препараты, предотвращающие побочные эффекты антимикробного лечения, - иммуномодуляторы, витамины. Очень полезно назначение ферментов, которые усиливают всасывание антибиотиков и, помимо прочего, выступают в качестве средств для профилактики нового воспалительного процесса.

При упорном, вялотекущем уретрите врач может предложить курс инстилляций лекарств в мочеиспускательный канал (например, соединений серебра, комбинированных растворов). Это несложная процедура, суть которой заключается во введении лекарства непосредственно в уретру. Как правило, мужчины выполняют эту процедуру самостоятельно – при переднем уретрите. При длительном процессе, вовлекающем тазовый отдел уретры (задний отдел), для инстилляций используются тонкие катетеры. Проведение таких процедур позволяет уничтожить до 80% возбудителей и значительно повысить эффективность антибактериальной терапии. С другой стороны, для инстилляций используются комбинированные растворы с препаратами, восстанавливающими целостность стенки уретры, в результате чего симптомы заболевания проходят значительно быстрее.

4.2. Лечебный подход при орхоэпидидимите.

При легких формах эпидидимита больные могут лечиться дома. Госпитализация пациенту предлагается только в тех случаях, когда есть вероятность развития осложнений заболевания.

Больной эпидидимитом должен соблюдать **строгий постельный режим**.

На период лечения необходимо соблюдение диеты, которая исключает острую и жареную пищу. Для обеспечения неподвижности мошонки ей придется фиксированное возвышенное положение (с помощью свернутого полотенца или специальной повязки, - это называется «суспензорий»). Во время острого воспаления необходимо местное применение холода – холодный компресс или лед укладывается на область мошонки (длительность сеанса 1-2 часа, с перерывом не менее 30 минут).

Обязательно назначаются антибактериальные препараты, ферменты, рассасывающие препараты, витамины. Когда острый воспалительный процесс в придатке яичка утихает, применяют тепловые процедуры на зону органов мошонки, физиотерапия.

При выраженном воспалении и болевом синдроме пациенту может быть предложено выполнение курса блокад семенного канатика с антибиотиками (по методике Лорина-Эпштейна). Наиболее неприятным осложнением является переход воспалительного процесса на яичко. При развитии нагноения придатка яичка выполняется хирургическое лечение (вскрытие и дренирование гнойника), а в тяжелых случаях проводится удаление придатка яичка.

4.3. Трансфер фактор при лечении пациентов с уретритом и при осложнении – орхоэпидидимите.

Основная задача при лечении уретрита – устранение (или как говорят медики «элиминация» возбудителя, микробного или вирусного агента). Во многих случаях это помогает в острой стадии процесса. При этом важно не только победить возбудителя, но и сохранить выраженный иммунный ответ, для благоприятного будущего – здесь применение антибиотиков не достаточно.

Как правило, врачи, да и многие пациенты начинают признавать простую вещь: НЕ БАКТЕРИИ И ВИРУСЫ ЖИВУТ РЯДОМ С ЧЕЛОВЕКОМ, А ЭТО МЫ САМИ ПОСЕЛИЛИСЬ В СООБЩЕСТВЕ «БРАТЬЕВ» НАШИХ МЕНЬШИХ. И чем мощнее мы выставляем заслон на пути патогенной флоры (новые антибиотики, иммунные комплексы или...химиотерапия при раке), тем лучше приспособляется микробная (или раковая) клетка к защите для дальнейшего размножения. Это естественный процесс.

В этой связи – что может быть лучше природного комплекса защитных молекул, несущих массу полезной информации и выделенных промышленным путем? Скорее всего, мы на правильном пути, с Трансфер фактором. И, вероятно, информацию о пользе этих замечательных соединений нужно донести до остальных людей!

Скорость распространения ИППП среди населения всех стран мира поражает своими темпами. Несмотря на обилие информации о необходимости использования контрацептивов, о своевременном лечении острой стадии заболевания, растет частота осложнений уретрита и число бесплодных браков. Можем мы повлиять на этот процесс? Считаю, что обязаны!

Хламидийная инфекция, как причина развития устойчивых к лечению форм уретрита, наиболее актуальна в связи с высокой распространенностью.

При лечении этого заболевания во многих случаях используются длительные курсы антибиотиков (до 28 дней и более), что зачастую вызывает иммунодефицит и дисбактериоз. В ходе лечения хламидии могут образовывать L-формы, устойчивые к лекарствам, что способствует хронизации воспаления и может привести к бесплодию.

В 2000-х годах группой ученых проводилось исследование 78 больных урогенитальным хламидиозом (Карбышева Н.В., Киприянов Д.В. «О результатах применения препарата Трансфер фактор Плюс в лечении больных урогенитальным хламидиозом»). При этом 24 пациента получали антибактериальную терапию с учетом традиционных рекомендаций, в течение месяца (три антибиотика: кларитромицин, доксициклин и офлоксацин, последовательно, по 10 дней). Пациенты второй группы (26 человек) получили 1 курс кларитромицина (10 дней) + ТФ Плюс по 1 капсуле 3 раза в день (10 дней). Пациенты третьей группы (23 человека) – монотерапия ТФ классическим.

Полученные результаты: при контрольном исследовании мазков из уретры хламидии были излечены у больных всех трех групп. Однако, в первой группе в 88% случаев выявлен дисбактериоз кишечника, с преобладанием грибов, а также кандидоз гениталий. Это потребовало дополнительного лечения, что существенно удорожало его стоимость. При иммунологическом исследовании больных урогенитальным хламидиозом 2 и 3 групп установлено увеличение фракции Интерлейкина – 2, активирующего Т-клетки, ЕК-клетки – натуральные киллеры, что свидетельствовало о включении специфического иммунного ответа. При этом ТФ Плюс и ТФ кл показали одинаковые результаты. Это подтверждает, что ТФ Плюс и ТФ кл содержат цитокины, а другие компоненты потенцируют их эффект.

***Что поможет Мужчине обеспечить яркий эффект в его
Жизни?***

Разумеется, «Хороший Дом, Хорошая Жена, - да и что еще надо, чтобы встретить старость?» (из фильма «Белое солнце пустыни»!)

Нельзя забывать и о хорошей Работе, о стабильной социально-политической обстановке в стране и т.д. Но все ли находится под контролем настоящего мужчины?

Прежде всего, нужно помнить о состоянии своего Здоровья, полюбить себя и близких людей. Мы привыкли много говорить о пользе Здоровья, научились поднимать за Здоровье красивые тосты. Пора, наконец, задуматься и о здоровом Будущем.

А Будущее невозможно представить без передачи информации «из уст в уста», без преемственности поколений. Именно такую преемственность в обозримом будущем обеспечит нам Трансфер фактор, натуральный полипептид, созданный Природой для передачи информации о согласованной работе клеток.

В книге приведены лишь начальные, скромные, но уверенные результаты использования Трансфер фактора у Мужчин при различных проблемах сексуальной сферы.

У Вас есть свои результаты? Отлично! Тогда Вы можете сохранить их на полях или в конце этой книги. Это будет прекрасной возможностью продолжить повествование.

***Кто знает, - возможно, именно
Ваш яркий случай послужит основой для
дальнейшего изучения замечательного
феномена под названием Transfer factor?!***

Автор будет признателен за критические замечания и дополнения к информации, опубликованной в этой книге. Вы сможете связаться со мной через контактную форму сайта или написать в личной почте: doc.urolog@gmail.com

***Приглашаю Вас ознакомиться с дополнительной информацией:
о Трансфер факторе www.urostar.biz
и об авторе этой книги www.urostar.ru***