№23, ИЮЛЬ 2026

ВЕСТНИК ДОЛГОЛЕТИЯ

ТОЛЬКО ДЛЯ МУЖЧИН

ОЛИМП ЗДОРОВЬЯ
ГРУППА КОМПАНИЙ

ЖУРНАЛ О СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ



А СЛАБО БЫТЬ ЗДОРОВЫМ?

Обращение генерального директора Центра семейной медицины «Олимп Здоровья» **Виталия Иванова**:

Зачем мы открыли Центр мужского здоровья – и зачем теперь журнал?

Я, не только как организатор здравоохранения, но и как хирург, хорошо знаю одну вещь: лучшая операция – та, которой можно было избежать. За этой фразой сотни мужчин, у которых все могло сложиться иначе. Не позже. Не сложнее. Не калечаще. А – иначе. Если бы кто-то вовремя сказал им то, что мы теперь пытаемся сказать со страниц этого журнала.

Центр мужского здоровья (ЦМЗ) мы открывали не как «еще одно отделение». Спрос на урологическую хирургию рос у нас из года в год и продолжает расти. Запись на консультацию ряда урологов – на недели вперед. Операционные планы – плотные. Мы вложили сотни миллионов рублей в оснащение, за 8 лет работы увеличили количество операционных с двух до пяти, расширили круглосуточный стационар с 5 до 40 коек, открыли реанимационные койки. Мы научились делать сложные вмешательства на уровне, которым в профессиональном сообществе принято гордиться: лапароскопия, малоинвазивная лазерная урология, реконструктивные операции, андрологическая хирургия, все современные методы дробления камней. У нас работают хирурги, входящие в первую десятку по стране по некоторым направлениям, к которым едут из других регионов, и мы знаем цену каждому такому решению пациента. Да и в целом каждый день в наши клиники в Воронеже приходят 1500 пациентов, из которых несколько сотен – первичных для группы компаний.

Но именно потому, что мы видим этот поток изнутри, у нас возникло отчетливое ощущение: одной хирургией задачу не решить. Сколько бы операционных мы ни открывали – мы будем догонять, а не опережать.



А медицина, которая только догоняет, – это медицина поражений, даже если каждый отдельный случай заканчивается успехом.

Центр мужского здоровья задумывался как разворот этой логики. Не «куда прийти, когда уже болит», а «куда прийти, пока еще не болит». Чекапы, ранняя диагностика, наблюдение в динамике, работа с факторами риска – давлением, весом, сном, гормональным фоном, психикой. Скучные на первый взгляд вещи, которые в сумме определяют, окажется ли человек у нас в операционной в сорок? шестьдесят? – или не окажется вовсе? Высокотехнологичная хирургия в Центре остается, и остается на самом серьезном уровне. Но она перестает быть единственным входом. Она становится последней линией, а не первой.

Журнал – продолжение этой же мысли, только другим инструментом. Кабинет врача вмещает десятки пациентов в день. Журнал – десятки тысяч читателей. И, в отличие от приема, журнал приходит к человеку до симптома. До момента, когда уже страшно.

Я знаю, как это устроено. Мужчины редко идут к врачу первыми. Откладывают, недооценивают, стесняются. Сначала терпят, потом гуглят, потом советуются с приятелем. К нам попадают, как правило, на стадии, где у врача уже не так много вариантов выбора: есть протокол, и его надо выполнять. Профилактика – это, по сути, способ вернуть мужчине выбор. Пока он еще есть.

И еще одно, без чего этот текст был бы неполным. Забота о собственном здоровье – это не личная прихоть и не «модный ЗОЖ». Это форма ответственности. Перед женой, которая не должна в сорок пять оставаться одна. Перед детьми, которым нужен не только сильный отец, но и разумный. Перед родителями, которым в какой-то момент понадобится опора. Здоровый мужчина – это инфраструктура целой семьи, и относиться к собственному телу, как к расходному материалу – значит подводить не только себя.

Поэтому Центр. Поэтому журнал. Поэтому – профилактика как главный жанр нашего разговора с читателем, а хирургия высокого уровня – как тыл, который всегда есть, но к которому мы хотим обращаться как можно реже. Если после этого номера хотя бы один читатель запишется на чекап, который откладывал три года – журнал уже сделал больше, чем иная операция. Если десять – мы не зря работали над ним всей командой. Если тысяча – значит, мы немного изменили культуру.

Ради этого, собственно, все и затевалось. ■

С чего начать?
Запишитесь к специалисту Центра мужского здоровья:

Содержание



ОБРАТИМЫЙ ТРЕНД 2

Почему после 30 эрекция уже не та и как вернуть контроль?

6 | ПЯТЬДЕСЯТ НА ПЯТЬДЕСЯТ

или Почему нельзя недооценивать репродуктивное здоровье мужчин?

8 | ТРЕВОЖНОЕ ЭХО В СПАЛЬНЕ

Как храп подтачивает мужское здоровье?



10

Стресс в мужском формате

ЗАМКНУТЫЙ КРУГ

12 | В ТРЕХ ВОЗРАСТАХ

Чем опасен метаболический синдром у мужчин?

НА ОПЕРЕЖЕНИЕ

Мужское здоровье после 40: чем профилактика лучше запоздалого лечения 14

16 | БОРЬБА С ЭПИЦЕНТРОМ КРИЗИСА

Комплексный подход к мужскому здоровью в «Олимп Пять»

18 | ТЕСТОСТЕРОН — КОРОЛЬ ГОРМОНОВ

Что нужно о нем знать?

22 | БОЛЬ, КОТОРОЙ НЕТ В АНАЛИЗАХ

Почему хроническая тазовая боль — это не простатит, и при чём тут стресс



24

ТИХИЙ ДИАГНОЗ

Почему аденома простаты остается недооцененной?

26 | НЕ ПОЛЕЗНЫЕ ИСКОПАЕМЫЕ

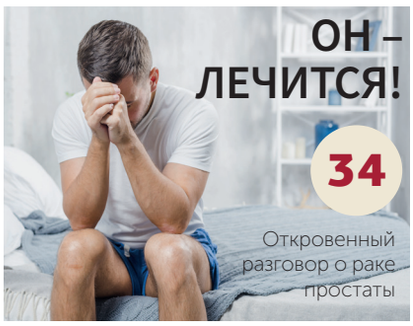
Мочекаменная болезнь: от глобальной эпидемиологии к персонализированной профилактике

28 | КОГДА ПОРА И ЧТО УВИДИМ?

Возможности УЗ-метода в диагностике урологической патологии

ДАВАЙТЕ РЕКОНСТРУКТИВНО! 32

или Новая эра мужской уверенности



ОН – ЛЕЧИТСЯ! 34

Откровенный разговор о раке простаты

39 | КОГДА ПРОСТАТА – НИ ПРИ ЧЕМ

Нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей под маской доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Журнал «Вестник долголетия»
№23 июль 2026 г.
Дата выхода 26.06.2026 г.
Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций. Регистрационный номер ПИ № ФС77-80527 от 01 марта 2021 г.

Учредитель и издатель: Общество с ограниченной ответственностью «Управляющая компания «Олимп Здоровья».

Основатель журнала: Почетный гражданин Воронежской области, Почетный профессор ВГМУ им Н.Н. Бурденко А.К. Соловьев.

Председатель редакционного совета: Председатель совета директоров ГК «Олимп Здоровья», кандидат юридических наук Н.А. Соловьева.

Редакционный совет: врач-педиатр, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой «Управление в здравоохранении» ВГМУ им Н.Н. Бурденко, заместитель министра здравоохранения Воронежской области Нехаенко Н.Е., генеральный директор Центра семейной медицины «Олимп Здоровья» Иванов В.М., главный врач Центра семейной медицины «Олимп Здоровья» Борзых Е.В., заместитель председателя совета директоров ГК «Олимп Здоровья» Кунин Д.А., главный врач Центра клинической медицины «Эвкалипт» Мякушев М.В., главный врач Центра культуры здоровья «Олимп Пять» Волынкина А.П. и другие.
Партнер проекта: ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
Адрес редакции и издателя: 394006, Воронежская область, г. Воронеж, ул. Моисеева, д. 2/2, оф. 634, тел. +7 (473) 225-55-55
Главный редактор: Слюсарев А.И., alslus@mail.ru
Макет, дизайн и верстка: Александр Нечаев
Отпечатано в типографии ИП Бабин С.М. Адрес: 394026, Воронеж, Московский проспект, 26
Заказ № 488 от 18.06.2026 г. Тираж: 4000 экз. Распространяется бесплатно.

16+



Почему после 30 эрекция уже не та и как вернуть контроль?

Обратимый тренд

Подробно и откровенно о проблематике самой мужской функции – в материале врача – уролога-андролога «Олимпа Здоровья», врача УЗД (стаж 8 лет) Андрея ПЛЯКИНА.



***

Если вам кажется, что проблемы с эрекцией возникают у мужчин все раньше – вам не кажется. Тридцатилетние сегодня обращаются к урологам с тем, с чем их отцы приходили только к пятидесяти. Мировая статистика зафиксировала устойчивый тренд: мужское здоровье меняется, и эти изменения уже нельзя списать на возраст или стресс.

Но самое важное: это не приговор и не «так и должно быть». Это сигнал. И если правильно на него отреагировать, можно не только вернуть качество интимной жизни, но и выявить скрытые проблемы с сосудами или гормонами, которые могут аукнуться в будущем.

I. Эпидемиология и этиология: почему проблема молодеет?

Масштабное исследование, проведенное в Японии (сравнение данных 1991 и 2023 годов), показало: доля мужчин, у которых полностью отсутствуют утренние эрекции, выросла во всех возрастах – от 20 до 79 лет. А ведь утренняя эрекция – это объективный маркер здоровья сосудов, нервов и гормонального фона. Ее исчезновение говорит о системном неблагополучии.

Аналогичные данные поступают со всего мира:
– США: среди молодых мужчин 18-24 лет доля не имевших секса в течение года выросла с 19% до 31% за последние 20 лет;
– Германия: за 10 лет доля сексуально неактивных мужчин 18-30 лет выросла почти в три раза – с 7,5% до 20,3%;
– Китай: каждый пятый мужчина до 30 лет (20,9%) сталкивается с эректильной дисфункцией;
– Италия: в крупных урологических центрах до 30% пациентов с эректильной дисфункцией – мужчины моложе 40 лет.

Это уже не просто статистика, а глобальный тренд.

Четыре мощных фактора, которые меняют мужчин

Раньше считалось, что эректильная дисфункция (ЭД) – это либо возраст, либо психология. Сегодня мы знаем: в большинстве случаев работает комплекс причин, и все они связаны с современным образом жизни.

1. Метаболический синдром и ожирение: сосуды под ударом

Эрекция – это сосудистый процесс. Чтобы половой член стал твердым, артерии должны расслабиться и наполниться кровью, а вены – плотно закрыться, удерживая ее. Если у человека есть лишний вес, повышенное давление, высокий сахар или холестерин, его сосуды находятся в состоянии хронического воспаления. Ключевой механизм: нарушается выработка оксида азота (NO) – молекулы, которая заставляет сосуды расширяться. Без NO эрекция становится вялой или невозможной.

Особенно опасен висцеральный жир – тот, что откладывается вокруг внутренних органов. Даже при нормальном индексе массы тела объем талии больше 94 см – тревожный знак. Висцеральный жир работает как эндокринная фабрика: он превращает тестостерон в эстрогены (процесс ароматизации), создает хроническое воспаление и провоцирует инсулинорезистентность – состояние, предшествующее диабету. Инсулинорезистентность «бьет» по микроциркуляции полового члена раньше, чем поднимется сахар крови.

2. Гормональный дисбаланс: тестостерон падает

Современные мужчины имеют более низкий уровень тестостерона, чем их сверстники 20-30 лет назад. И это не только из-за старения. Недостаток сна, малоподвижность, стресс, особенности питания – каждый из этих факторов снижает главный мужской гормон.

Как это проявляется:
– исчезают спонтанные эрекции (утренние, ночные);
– падает мышечный тонус и сила;
– появляется вялость, утомляемость, снижается настроение;
– уменьшается либидо (сексуальное желание).

Важно осознавать, что снижение тестостерона влечет за собой не только сбой в сексуальной жизни, но и серьезные кардиологические проблемы, такие как атеросклероз, инфаркт миокарда и инсульт, так как тестостерон является основным защитником артерий. И если не предпринять меры сразу (с первых эпизодов эректильной дисфункции), то уже через 5-7 лет мужчина будет пациентом кардиолога и все процессы будут необратимы.

Но тестостерон – не единственный гормон. Важны также пролактин (его повышение подавляет тестостерон), эстрадиол (избыток которого возникает при ожирении), тиреоидные гормоны (их дефицит снижает энергию и либидо) и кортизол (гормон стресса, который напрямую блокирует синтез тестостерона).

3. Хронический стресс и разрушение сна: дофаминовая система истощается

Мы живем в 24-часовом мире. Смартфоны, работа допоздна, тревожность – все это разрушает структуру сна. А между тем самые сильные эрекции случаются во сне, в REM-фазе (фаза быстрого движения глаз). За ночь у здорового мужчины бывает 3-5 эпизодов ночной эрекции. Это не для секса, это для «тренировки»: насыщения тканей кислородом, поддержания эластичности сосудов и предотвращения фиброза (замещения соединительной тканью).

Если вы спите меньше 7 часов, REM-фазы укорачиваются или исчезают. Эксперименты показывают: неделя сна по 5 часов в сутки снижает уровень тестостерона на 10-15%.

Кроме того, хронический стресс держит организм в состоянии «бей или беги»: сосуды сужены, кровоток перераспределен в пользу мышц и сердца. При стрессе надпочечники выбрасывают кортизол, который подавляет синтез тестостерона и усиливает симпатическую активность (сужение сосудов).

Отдельный фактор – перегрузка дофаминовой системы. Современные цифровые привычки (высокая доступность порнографии, социальные сети с системой мгновенного подкрепления и т.д.) приводят к снижению чувствительности дофаминовых рецепторов. В результате мозг перестает посылать полноценный эректильный сигнал даже при сохранных сосудах.

4. Эндокринные разрушители: химия вокруг нас

В последние десятилетия мы живем в среде, насыщенной пластиком, пестицидами и промышленными химикатами. Многие из этих веществ (бисфенол А, фталаты) воздействуют как ложные гормоны. Они могут:

– блокировать рецепторы к тестостерону;

– нарушать выработку собственных гормонов;

– вызывать окислительный стресс в тканях яичек.

Полностью избежать контакта невозможно, но минимизировать его (например, не греть еду в пластике, использовать стеклянные контейнеры, выбирать продукты с меньшим количеством упаковки) – разумная профилактика.

II. Диагностика: от скрининга до точной визуализации

Многие мужчины откладывают визит, потому что боятся сложных и неприятных процедур. На самом деле современная диагностика – это четкий алгоритм, который позволяет быстро выявить причину. И почти все это безболезненно и амбулаторно.

1. Разговор и анкеты

Врач начнет с диалога. Это не просто «сбор жалоб», а оценка вашего психоэмоционального фона. Часто используются простые опросники: шкалы тревоги (GAD-7) и депрессии (PHQ-9), а также специализированные тесты для оценки эрекции (IIEF-5, SHIM). Иногда причина кроется в тревожности или хроническом стрессе – и тогда помогают не «мужские таблетки», а работа с психологом и отдых.

2. Анализы крови – база, без которой никуда

Врач назначает стандартный, но очень информативный набор. Все анализы сдаются утром, натощак.

Гормональный профиль:

Тестостерон общий и свободный – основной мужской гормон. Свободный тестостерон – наиболее активная фракция.

Эстрадиол – женский гормон, его избыток (часто при ожирении) ухудшает эрекцию.

Пролактин – повышенный уровень подавляет тестостерон и снижает либидо.

ГСПГ (глобулин, связывающий половые гормоны) – если он высок, даже нормальный общий тестостерон может быть недоступен тканям.

Кортизол – гормон стресса, его хроническое повышение угнетает тестостерон.

Тиреоидные гормоны (ТТГ, Т3, Т4) – дисфункция щитовидной железы часто сопровождается снижением либидо и эректильной дисфункцией.

Метаболический профиль:

Глюкоза, инсулин, HbA1c – для оценки риска диабета и инсулинорезистентности.

Липидограмма (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды) – здоровье сосудов напрямую зависит от этих показателей.

Маркеры воспаления и дефициты:

СРБ (С-реактивный белок) – индикатор скрытого воспаления.

Витамин D – его дефицит связан с низким тестостероном и дисфункцией эндотелия.

Ферритин, цинк, магний – их недостаток влияет на выработку тестостерона и качество кровотока.

3. УЗИ с допплерографией – золотой стандарт

Это главный инструмент для оценки сосудов полового члена. Проводится небольшая инъекция препарата, который вызывает искусственную эрекцию (она длится около 20-30 минут, все контролируется врачом). С помощью ультразвука с допплером специалист увидит:

– пиковую систолическую скорость кровотока (норма >35 см/с) – как быстро кровь поступает в артерии;

– индекс резистентности – насколько хорошо сосуды расслабляются;

– наличие венозной утечки – когда кровь притекает нормально, но не удерживается из-за недостаточности белочной оболочки или патологических венозных сбросов.

Венозная утечка – частая история у мужчин 30-40 лет, и она не лечится обычными таблетками. Допплер позволяет ее надежно выявить.

Процедура может показаться необычной, но она безопасна и дает ответ на главный вопрос: проблема в сосудах или причина другая.

4. КТ-кавернозография

Это рентгеноконтрастное исследование, которое проводится по строгим показаниям: например, при подозрении на выраженную венозную утечку или перед планированием хирургического лечения. В пещеристые тела вводят контрастное вещество и фиксируют скорость его эвакуации. Кавернозография дает анатомическую карту венозных коллекторов и позволяет определить прогноз или точно спланировать операцию (лигирование, эмболизацию).

5. Генетическое тестирование

Это анализ генетических полиморфизмов, влияющих на синтез, транспорт, метаболизм и рецепцию половых гормонов, витаминов и т.д. Это новая, интересная и очень перспективная часть медицины. Благодаря этому методу мы узнаем особенности конкретного человека и составляем индивидуальный план лечения.

III. Лечение: от образа жизни до высокотехнологичной хирургии

Подход всегда комплексный. Начинают с наименее инвазивных методов и переходят к более сложным только по показаниям.

1. Коррекция образа жизни и дефицитов

Для многих мужчин с начальными нарушениями этого бывает достаточно. Это не «советы из интернета», а доказанные методы.

ПИТАНИЕ. Средиземноморская диета – лучший выбор: много овощей, фруктов, оливкового масла, рыбы (омега-3), орехов. Минимум ультраобработанных продуктов, сладкого, трансжиров. Такая диета снижает воспаление, улучшает липидный профиль и поддерживает выработку оксида азота.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ. Сочетание аэробных нагрузок (ходьба, бег, плавание, велосипед) для восстановления эндотелия и силовых упражнений с акцентом на нижнюю часть тела (приседания, выпады) для гормональной поддержки. Достаточно 150 минут умеренной активности в неделю.

СНИЖЕНИЕ ВЕСА. Потеря 5-10% массы тела при ожирении может значительно улучшить эрекцию, снизить воспаление и повысить тестостерон.

СОН. Не менее 7-8 часов в темноте, с отказом от экранов за час до сна. Если есть подозрение на апноэ сна (остановки дыхания, громкий храп, утренняя разбитость) – необходима консультация сомнолога и, возможно, CPAP-терапия.

АЛКОГОЛЬ. Даже небольшие ежедневные дозы ухудшают кровоснабжение и снижают тестостерон. Разумный подход – не более 1-2 порций в день с двумя-тремя трезвыми днями в неделю.

НУТРИЦЕВТИКИ. Под контролем анализов могут быть полезны: витамин D (при дефиците), цинк, магний, L-аргинин/цитруллин (предшественники оксида азота), инозитол, экстракты некоторых трав. Но это не замена основному лечению!

2. Медикаментозная терапия (ингибиторы ФДЭ-5)

Силденафил, тадалафил, вардефил – первая линия при сосудистых и психогенных ЭД. Они блокируют фермент фосфодиэстеразу-5, усиливая действие оксида азота и расслабляя сосуды полового члена.

Два основных режима приема:
1. «По требованию» – за 30-60 минут до секса. Подходит для ситуационной поддержки.
2. Ежедневный прием – постоянный прием малой дозы. Этот режим не только позволяет спонтанно реагировать на стимуляцию, но и действует как сосудистая терапия: улучшает эндотелиальную функцию, снижает жесткость артерий, помогает при гипертрофии простаты. Особенно показан при метаболическом синдроме.

ВАЖНО: эти препараты не вызывают эрекцию сами по себе, они требуют сексуальной стимуляции. Их

ВАЖНО

ОСОБЫЙ СЛУЧАЙ: ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ

Рак предстательной железы – не приговор для секса. Сегодня существуют протоколы, которые позволяют сохранить или восстановить эрекцию даже после радикальной операции.

НЕЙРОСБЕРЕГАЮЩАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ (роботическая или лапароскопическая) позволяет сохранить сосудисто-нервные пучки и шанс на самостоятельную эрекцию после такой операции.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: еще до операции назначается тадалафил 5 мг ежедневно (для оксигенации кавернозных тел), пациент обучается использованию вакуум-эректора. Это предотвращает фиброз и атрофию пещеристых тел.

Если эрекция не возвращается через 6-12 месяцев после операции или лучевой терапии, ИМПЛАНТАЦИЯ ПРОТЕЗА – безопасный и надежный метод, который не мешает онкологическому мониторингу (МРТ, ПСА).

Главное – заранее обсудить этот вопрос с урологом и онкологом.



нельзя принимать с нитратами (препараты от стенокардии) – это опасно для жизни. Дозировку подбирает врач с учетом давления, возраста и сопутствующих заболеваний.

3. Гормональная терапия

Если анализы подтверждают гипогонадизм (низкий уровень тестостерона с симптомами), назначается заместительная терапия. Формы:

– Гели (наносятся на кожу ежедневно) – дают стабильный уровень.

– Инъекции ультрадлительного действия (1 раз в 3-4 месяца) – удобно, но возможны колебания уровня.

Важно: терапия тестостероном не вызывает рак простаты, но требует мониторинга ПСА (простатспецифического антигена) и гематокрита (загустение крови). У онкологических пациентов после радикального лечения она возможна только при строгих онкологических протоколах.

4. Физические и минимально инвазивные методы

Ударно-волновая терапия низкой интенсивности (Li-ESWT). Аппарат создает акустические волны, которые воздействуют на ножки полового члена и кавернозные тела. Это стимулирует ангиогенез (рост новых сосудов), улучшает кровоток. Курс из 6-12 процедур эффективен при легкой и умеренной сосудистой ЭД.

Внутрикавернозные инъекции (алпростадил, комбинированные препараты). Если таблетки не работают, инъекция препарата непосредственно в пещеристое тело вызывает эрекцию независимо от нервной регуляции. Эффективность достигает 80-90%. Многие пациенты осваивают технику инъекций и делают их самостоятельно.

5. Хирургическая коррекция

Это не «крайняя мера», а осознанный выбор при анатомических причинах или неэффективности консервативных методов.

Реконструктивная сосудистая хирургия:

Артериальная реваскуляризация – микрохирургическая операция, которая восстанавливает приток крови. Проводится молодым пациентам с изолированным артериальным повреждением (например, после травмы промежности).

Венозное лигирование или эмболизация – устранение патологических венозных сбросов при документированной венозной утечке. Операция требует точной предоперационной диагностики (кавернозография).

Фаллопротезирование (имплантация пенильного протеза). Это золотой стандарт для пациентов:
– с тяжелой органической ЭД, не отвечающей на другие методы;
– после радикальной простатэктомии (удаление простаты по поводу рака) с нейрососудистым повреждением;
– после травм таза, операций на прямой кишке, лучевой терапии.

Современные трехкомпонентные протезы состоят из цилиндров, устанавливаемых в кавернозные тела, резервуара с жидкостью в брюшной полости и насоса в мошонке. Пациент накачивает насос, создавая эрекцию, а после секса сбрасывает давление. Чувствительность, оргазм, эякуляция сохраняются. Удовлетворенность пациентов превышает 95%.

Операция проводится в стационаре, реабилитация занимает 4-6 недель. После этого мужчина возвращается к полноценной половой жизни без необходимости принимать препараты.

Вместо заключения: что делать прямо сейчас?

1. Перестаньте считать это возрастным или постыдным. Проблемы с эрекцией в 30-40 лет – это не норма. Это сигнал, который нужно обсудить с врачом.

2. Начните с простого: проанализируйте свой сон, питание, вес. Часто первых улучшений удается добиться уже на этом этапе.

3. Не затягивайте с визитом. Современная андрология может помочь в любом случае – от легкой коррекции образа жизни до высокотехнологичных операций.

Эректильная дисфункция – это не приговор, а возможность вовремя и всерьез заняться своим здоровьем. И чем раньше вы начнете, тем больше шансов сохранить не только активную интимную жизнь, но и здоровье на долгие годы. ■

Пятьдесят на пятьдесят

или Почему нельзя недооценивать репродуктивное здоровье мужчин?

Так архаически сложилось, что в ненаступлении беременности чаще всего винят женщину. Между тем арифметика в этом процессе несколько иная. Какая? Читайте в материале врача – уролога-андролога «Олимпа Здоровья» (стаж 5 лет) Владислава ПОДДУБНОГО.

***

О бесплодии в браке принято говорить, когда беременность не наступает в течение 12 месяцев регулярной половой жизни после прекращения контрацепции. Мужской фактор бесплодия имеет место более чем у 20% пар (каждый 5-й случай), смешанный фактор в более чем 25%. Таким образом, мужской фактор составляет 45-50% в бесплодных парах. Эти цифры нельзя недооценивать.

Мужское бесплодие – препятствие к реализации репродуктивной функции по причине мужского фактора. Характеристики сперматозоида и его генетический материал напрямую влияют на взаимодействие с яйцеклеткой, наступление беременности и развитие эмбриона естественным путем и в цикле вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках, рождение ребенка. Признаком нарушения репродуктивной функции может быть и привычный выкидыш у партнерши, и неудачные попытки лечения с применением ВРТ.

Все больше накапливается данных, что неблагоприятные химические и физические факторы окружающей среды, особенности образа жизни, а также сопутствующие заболевания могут приводить к оксидативному стрессу. Под ним подразумевается избыточное формирование активных форм кислорода, вызывающих повреждение мембран и структур клеток, что в итоге приводит к нарушению функции сперматозоидов, повышает риски невынашивания беременности и развития наследственных дефектов у плода. Исследования последних лет показывают, что мужчины с мужским фактором бесплодия демонстрируют больше симптомов депрессии, тревоги и общего психологического стресса, чем фертильные контрольные группы. Хронический стресс может способствовать стойкому повышению уровня кортизола и симпатической активности, что оказывает пагубное воздействие на мужскую репродуктивную систему.

ВАЖНО

На сегодняшний день норма содержания сперматозоидов на 1 мл эякулята начинается от 15 млн/мл, тогда как еще лет 10-15 назад она была почти в два раза выше.

При ответственном подходе пары к зачатию ребенка диагностика начинается уже на этапе планирования. Этот этап называют прегравидарной (преконцепционной) подготовкой. Его цель – уточнить вероятность зачатия и рождения ребенка, выявить и затем устранить препятствующие этому причины, а также профилактика нарушений. Диагностика должна начинаться у мужчины и женщины одновременно. Целесообразности в интерпретации результатов обследования репродуктивной системы мужчины в отрыве от оценки репродуктивного здоровья женщины нет. 12 месяцев – это ориентировочный срок. Обследование пары может быть начато раньше (при отсутствии сперматозоидов в эякуляте, позднем репродуктивном возрасте и др.). В течение первых 6 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции зачатие происходит у примерно 80% пар.

В Центре семейной медицины «Олимп Здоровья» функционирует Центр мужского здоровья. Мужчина имеет возможность пройти консультацию врача – уролога-андролога, ультразвуковое исследование органов мошонки и сосудов семенного канатика, ультразвуковое исследование предстательной железы и семенных пузырьков, сдать спермограмму, исследовать урогенитальный тракт на предмет инфекционно-воспалительных процессов (метод полимеразной цепной реакции, бактериологиче-



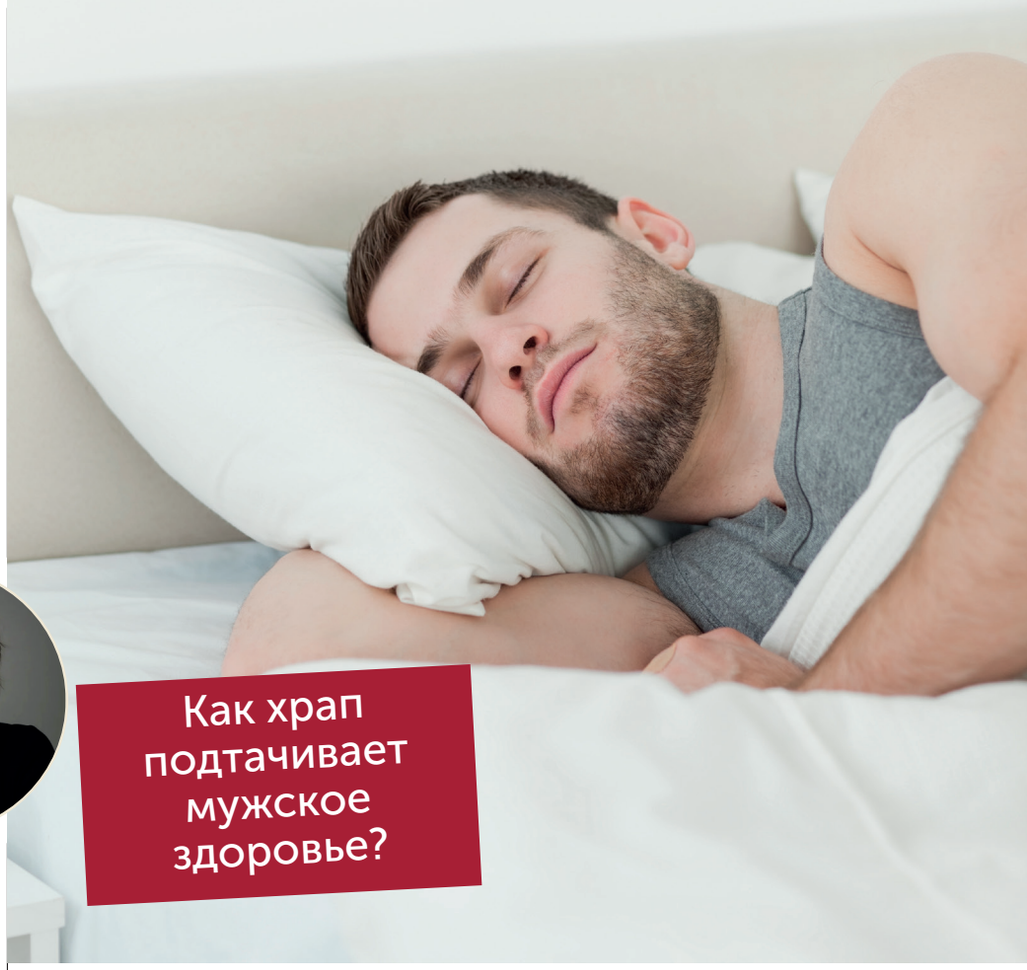
ский метод, Андрофлор), проверить уровень гормонов и др.

Первым анализом, который назначит врач – уролог-андролог в рамках консультации по подготовке к беременности или при бесплодии, будет спермограмма. Это исследование количественных и качественных показателей сперматозоидов, некоторых физико-химических свойств эякулята при помощи специального оборудования. Данный метод представляет возможность оценить основные параметры эякулята, сделать общие выводы о фертильности мужчины. Как и любое лабораторное исследование, он имеет свои показания и должен назначаться именно врачом – урологом-андрологом. Назначение каждого анализа преследует определенную цель и позволяет ответить на определенные вопросы. Поэтому без рекомендаций врача сдавать эякулят на исследование не нужно. Дело еще и в том, что необходима определенная подготовка к сдаче, о которой в обязательном порядке информирует лечащий врач, что позволяет повысить информативность полученных показателей. При исследовании эякулята мы придерживаемся рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения по исследованию и обработке эякулята человека шестого пересмотра. В 1980–1990 гг., когда еще только начинались первые шаги по разработке и стандартизации техники исследования семенной жидкости и интерпретации полученных данных, существовали совсем другие нормы показателей спермограммы, они были выше. Технический прогресс движется вперед, среда обитания человека изменяется, мутации накапливаются, образ жизни человека становится малоподвижным. Это отражается и на фертильности как мужчин, так и женщин. Откуда берутся нормы? Данные, характеризующие качество спермы фертильных мужчин, чьи партнерши оказались беременными в течение 12 месяцев после прекращения контрацепции, и дают диапазон референсных значений.

В условиях клиники (при наличии показаний) можно сдать анализы для выявления нарушений на молекулярном и генетическом уровне (фрагментация ДНК сперматозоидов, оксидативный стресс, кариотип, мутации в генах и др.). Лечение, в зависимости от конкретного случая, консервативное либо хирургическое. К совместному ведению пациента при необходимости привлекаются смежные специалисты, например, эндокринолог, медицинский генетик. Учитывая достаточно высокий уровень современной репродуктивной медицины, согласно последним исследованиям в 30% случаев мужского фактора бесплодия причина не обнаруживается. При необъяснимом бесплодии или бесплодии неясного генеза репродуктологом могут быть предложены вспомогательные репродуктивные технологии.

Систематическая оценка здоровья мужчины крайне важна, и особенное внимание необходимо уделять изменяемым факторам, которые могут влиять на репродуктивный потенциал мужчины. Регулярные дозированные физические упражнения (бег, плавание, зарядка), сбалансированное питание, регулярная половая жизнь (три раза в неделю, можно чаще), отказ от вредных привычек, одежда по погоде – эти советы, на первый взгляд кажущиеся банальными, являются важными модификаторами образа жизни и способствуют улучшению репродуктивного потенциала мужчины. ■

Тревожное эхо в спальне



Как храп подтачивает мужское здоровье?

Уже сколько сказано и написано, что для нормального функционирования мужского (да и женского) организма достаточный сон крайне необходим. Тем не менее, поскольку мужчины все же храпят чаще женщин, еще раз о качестве сна – в статье врача-терапевта, врача-сомнолога (стаж 25 лет) Центра культуры здоровья «Олимп Пять» Натальи СОРОКОЛЕТОВОЙ.



***

Вы спите рекомендованные 8 часов, но просыпаетесь разбитым? Ночная тишина вашей супруги нарушена, и она переехала спать в другую комнату? Коллеги по командировке шутя замечают: «Ты ночью так сильно храпел?» Велика вероятность, что вы столкнулись не просто с храпом, а с апноэ – остановками дыхания во сне, длящимися от 10 до 60 секунд, а иногда и более 1,5 минут. Это не просто неудобство для близких, а серьезный сигнал организма о потенциальных угрозах: импотенции, инфаркте, инсульте и даже деменции.

Важно понять, что храп – это не про «мешает спать». Это сигнал, что с дыханием во сне не все в порядке! По статистике каждый третий мужчина имеет остановки дыхания во сне. А если это мужчина, обремененный храпом и лишним весом, то риски еще выше. Насторожить должен объем шеи – 43 сантиметра в обхвате и более. Если размер вашей рубашки 43 см и больше, вы в зоне риска! Проблема затрагивает все органы и системы из-за снижения содержания кислорода в крови во время ночных остановок дыхания, организм за ночь не восстанавливается. Наутро вы испытываете головную боль, чувство «недосыпа», повышение давления. Днем – сонливость и усталость, снижение сексуальной активности. Ночные пробуждения по причине «похода в туалет» тоже могут быть симптомом нарушения дыхания во сне. Нелеченое апноэ сна грозит развитием сахарного диабета, ожирения, инсульта, инфаркта, эректильной дисфункции, болезни Альцгеймера. Правда, пока эти болезни себя никак не проявляют, они кажутся маловероятными, и снова и снова лечение храпа откладывается «на потом». Но существует опасность, ежедневно подстерегающая людей с апноэ, у которых есть водительские права или чья профессия связана с перевозкой грузов и пассажиров.

«Пилот заснул за штурвалом во время полета над Брисбеном и Золотым побережьем. Он проспал 40 минут и проехал 111 километров, прежде чем проснулся». История пилота, уснувшего за штурвалом из-за невыявленного тяжелого апноэ, – не вымысел, а суровая реальность. Ри-

ски дневной сонливости (особенно за рулем и на работе!) слишком высоки. По данным экспертов, около 20% всех ДТП связано с засыпанием за рулем, причем до 50% таких случаев возникает у водителей с апноэ сна.

Остановки дыхания во сне нарушают нормальный цикл сна, каждый раз прерывая его и заставляя начинаться заново. Это мешает человеку достичь глубоких фаз сна, необходимых для полноценного восстановления организма. В результате развивается хронический недосып, который проявляется устойчивой дневной сонливостью и рассеянным вниманием.

ХРАП – ЭТО НЕ ПРОСТО ЗВУК, А СИГНАЛ УДУШЬЯ.

Состояние человека, страдающего от регулярного недосыпания, сопоставимо с состоянием алкогольного опьянения по уровню снижения концентрации внимания, скорости реакции и способности к быстрому принятию решений. С точки зрения воздействия на организм, каждый час недостатка сна эквивалентен увеличению концентрации алкоголя в крови на 0,004%. Для людей с тяжелой степенью апноэ сна риск попасть в дорожно-транспортное происшествие (ДТП) значительно выше, чем для водителей, управляющих автомобилем в состоянии легкого алкогольного опьянения.

По данным мировых исследователей, в 2000 году в США произошло около 310 тысяч ДТП, причиной которых стало засыпание за рулем. В результате этих аварий погибло почти 1,5 тысячи человек (Sassani A., 2004). Пациенты с сонным апноэ имеют в 4-6 раз более высокую вероятность попасть в ДТП по сравнению со здоровыми водителями из-за риска внезапного засыпания за рулем (Young T.l., 1997), а среди дальнобойщиков с апноэ сна этот показатель еще выше: они попадают в ДТП в 7 раз чаще обычных водителей. Каждая пятая авария с участием водителей грузовиков происходит из-за внезапного засыпания за рулем (С. Кейлс).

Эта проблема разрушает не только сон, здоровье, но и отношения. В Чили, например, 61% людей, чьи спутники жизни страдают от храпа, признаются в серьезном нарушении собственного сна, а 39% жалуются на раздражительность. В США и Канаде, по данным на 2025 год, храп уже занял третью строчку среди причин супружеских разрывов, уступая лишь изменам и финансовым неурядицам. В Великобритании и Испании почти половина опрошенных пар назвали хронический храп или остановки дыхания во сне (апноэ) причиной семейных ссор, если эти состояния оставались без должного внимания. И дело здесь не просто в досадном раздражении, а в эмоциональном выгорании и хроническом стрессе партнера, который, затаив дыхание, отсчитывает секунды между неровными вздохами.

«Отрежу язычок – и все пройдет», – миф, который разорил тысячи мужчин. Пациенты, сделавшие ЛОР-операции 10 лет назад, сегодня приходят с тем же апноэ. Язычок тут ни при чем, если у вас лишний вес или возрастные изменения тканей глотки. Оперативное вмешательство эффективно лишь для случаев неосложненного храпа и при легких степенях апноэ. В остальных случаях применяется ПАП-терапия. Аппарат подает воздух под давлением, не давая глотке спадаться.

Если ваш партнер обеспокоен вашим ночным дыханием, не игнорируйте это. Храп – это не просто звук, а сигнал удушья. Ваши отношения, карьера и здоровье страдают молча. Первый шаг к решению проблемы – честное признание: «Да, я храплю, и это поддается лечению». Второй – обращение к сомнологу и исследование сна. Это достаточно простая процедура: ночь с комфортными датчиками, и утром вы узнаете свой диагноз и вместе с врачом определите стратегию вашего лечения.

Вы наконец выспитесь! Станете активны, а модифицировав образ жизни и поддержав свое метаболическое здоровье, снизите риски сердечно-сосудистых осложнений.

Ваш сон и качество жизни стоят того! Ваш сон – бесценен! ■





Стресс в мужском формате

Замкнутый круг

О вреде стресса говорят сегодня из каждого утюга, а стрессовый уровень только растет. О том, как это влияет на мужской организм, читайте в статье медицинского психолога «Олимпа Здоровья» (стаж 12 лет) Марии ЛЮБЧЕНКО.



***

В обществе до сих пор живет миф: «Мужчина – это скала». Мы привыкаем к тому, что мальчикам «не больно», а мужчинам «не страшно». Мужчины заглушают эмоции, потому что «надо быть сильным», и продолжают работать на износ, потому что «семья зависит от меня». Но скалы имеют свойство разрушаться под воздействием времени и давления. Парадокс современной психосоматики заключается в том, что именно умение чувствовать и вовремя реагировать делает мужчину по-настоящему устойчивым. Игнорирование же стресса приводит к системным сбоям в организме, которые мы часто ошибочно называем «просто усталостью» или «возрастом».

Тело как жертва молчания

Когда мужчина запрещает себе тревожиться, его тело берет эту функцию на себя. Хронический стресс – это не просто плохое настроение. Это каскад гормональных реакций: кортизол и адреналин, не находящие выхода в физической активности или эмоциональной разрядке, начинают разрушать организм изнутри.

К чему это приводит?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА. Инфаркты и гипертония – классический «мужской» ответ на подавленный гнев и многолетнее напряжение. Это биологическая плата за привычку «все держать в себе».

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ. Гастриты, язвенная болезнь, синдром раздраженного кишечника часто обостряются именно на фоне хронического стресса.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Сюда относятся дерматиты, псориаз, аутоиммунные процессы, где стресс выступает триггером запуска патологии. Но есть еще одна, особо деликатная и разрушительная для мужской самооценки сфера, о которой молчат чаще всего. ПСИХОГЕННАЯ ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ: когда стресс бьет по мужскому здоровью. Принято считать, что проблемы с эрекцией – это либо возраст, либо изменения в сосудах. Однако психогенная эректильная



дисфункция составляет до 40% всех случаев нарушений потенции у мужчин до 40-45 лет. Это состояние, при котором физиологически все в порядке (сосуды чисты, тестостерон в норме), но в момент, когда нужно расслабиться и проявить себя, мозг дает команду **«Стоп!»**.

И это чисто стрессовая реакция:

– Страх неудачи. Мужчина настолько боится «не справиться», что этот страх перекрывает возбуждение;

– Хроническая усталость. На работе аврал, в голове только кредиты и отчеты. Мозг не может переключиться из режима «борьба или бегство» в режим «близость и расслабление».

– Невысказанное в отношениях. Подавленная обида на партнершу, неспособность обсудить конфликт часто «уходят в тело» в виде отказа половых органов выполнять свою функцию.

Самое опасное здесь – замкнутый круг. Один сбой на фоне стресса вызывает панику перед следующим разом, паника усиливает выброс адреналина, адреналин сужает сосуды (которые необходимы для эрекции), и проблема закрепляется психологически, даже после того как стрессовая ситуация ушла.

Техники борьбы со стрессом: что можно сделать самому?

Прежде чем идти к специалисту, важно вернуть себе базовую способность к регуляции. Эти техники работают как «скорая помощь» для нервной системы:

1. **Дыхание «Квадрат».** В стрессовой ситуации (особенно перед важным разговором или свиданием) работает парасимпатическая система через дыхание. Схема: вдох (4 сек.) – задержка (4 сек.) – выдох (4 сек.) – задержка (4 сек.). 3-5 минут возвращают контроль над телом.
2. **Разделение территории.** Научитесь переключать контекст. Тело не может 24/7 находиться в рабочем режиме. Ритуал «смены обстановки»: когда вы переступаете порог дома, не только физически снимите с себя атрибуты работы (галстук, сумку), но и мысленно «оставьте» дела за дверью.
3. **Физическая утилизация кортизола.** Стресс – это энергия. Если вы не даете ей выхода мышцами (ходьба, плавание, силовые упражнения), она начинает «переваривать» вас изнутри. Регулярная аэробная нагрузка – лучшее лекарство от застоя тревоги.

Когда нужен врач, а когда психолог?

ШАГ 1. ВРАЧ (уролог, андролог, кардиолог, терапевт).

Вы заметили признаки органических изменений (слабая эрекция по утрам, отсутствие утренней эрекции – маркер сосудистых проблем).

Есть физический дискомфорт, боли, перепады давления.

Вы сдали анализы и хотите проверить гормональный фон (тестостерон, щитовидная железа).

ШАГ 2. ПСИХОЛОГ ИЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТ

Идти к психологу нужно сразу, как только:

- врач сказал, что «анализы в норме», но жалобы остаются;
- вы ловите себя на мысли, что живете «на автопилоте», без радости, раздражение стало фоном жизни;
- произошел единичный сбой в интимной сфере, и теперь вы живете в страхе его повторения (синдром ожидания неудачи);
- чувствуете, что не с кем поговорить, и все «держите в себе».

Мужская стратегия выживания «один на один с проблемой» – это тупик. В процессе эволюции мужчины выживали в стае, в партнерстве, в диалоге. Сегодня быть сильным – значит уметь попросить о помощи, когда перестают работать инструменты самопомощи. Не оставайтесь один на один со своим стрессом. Сделайте первый шаг: запишитесь на прием к врачу, чтобы исключить физиологию, или напишите психологу. Потому что ваше здоровье – это не только ваша личная свобода, но и спокойствие ваших близких, которые на вас рассчитывают. ■

ДЫХАНИЕ «КВАДРАТ»



В трех возрастах

Чем опасен метаболический синдром у мужчин?

Ошибочно думать, что лишний вес – это всего лишь лишний вес. Чаще всего избыточные килограммы связаны с системными нарушениями обмена веществ и несут в себе «бомбу замедленного действия». Разбираемся в вопросе вместе с врачом-эндокринологом (стаж 24 года) высшей категории, руководителем центра персонифицированной превентивной медицины Центра семейной медицины «Олимп Здоровья» Натальей ТАГИНЦЕВОЙ.

***

Метаболический синдром (МС) – один из главных врагов мужского здоровья. Это комплекс взаимосвязанных нарушений обмена веществ, который значительно повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и преждевременной смертности.



Он характеризуется:

- центральным (абдоминальным, висцеральным) типом ожирения у мужчин, объем талии (ОТ)>94 см;
- повышением уровня АД >140/90 мм рт.ст.;
- повышением уровня плохого холестерина (ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л) и триглицеридов (≥ 1,7 ммоль/л);
- снижением уровня хорошего холестерина ХС ЛПВП (<1,0 ммоль/л у мужчин);
- повышением уровня глюкозы и инсулина и развитием инсулинорезистентности.

Многие путают понятия глюкозы и инсулина. Это не одно и то же, но взаимосвязанные показатели. Высокий уровень инсулина рано или поздно действительно приводит к развитию сахарного диабета. Кроме того, он значительно повышает риск онкологических заболеваний, подавляет выработку тестостерона, замедляет обменные процессы, повышает тягу к сладким продуктам и значительно ухудшает «порочный круг» (МС).

Измерить ОТ можно сантиметровой лентой, но более точные показатели количества и соотношения подкожного и висцерального жира дает биоимпедансометрия – исследование состава тела. Современный биоимпеданс показывает не только распределение жировой ткани, но и количество и активность мышечной ткани, наличие отеков, идеальный рекомендованный вес и даже насыщение клеток витаминами и микроэлементами. Пройти такое исследование можно в Центре культуры здоровья «Олимп Пять» и в Центре семейной медицины «Олимп Здоровья».

Каковы возрастные особенности развития МС у мужчин?



Молодой возраст (18-35 лет)

В этот период метаболические нарушения чаще всего связаны с образом жизни: низкая физическая активность, несбалансиро-

ванное высококалорийное питание (злоупотребление легкоусвояемыми углеводами и насыщенными жирами), хронический стресс, нарушение структуры сна приводят к повышению уровня инсулина, начальным нарушениям углеводного обмена. Даже при нормальном весе могут наблюдаться избыточное отложение висцерального жира и дефицит мышечной ткани, ее низкая активность. Мышечная ткань – метаболический орган. Она не только потребляет килокалории из пищи, но и поглощает повышенную глюкозу и плохой холестерин. Если нет регулярной физической активности, в крови наблюдается повышение уровня инсулина и глюкозы, плохого ХС, повышается АД, снижается уровень тестостерона, наблюдается ухудшение либидо и эрекции, повышается уровень гормона эстрадиола, который способствует росту жировой ткани в области живота, развивается жировая болезнь печени и ухудшается общее состояние организма.



Средний возраст (35-50 лет)

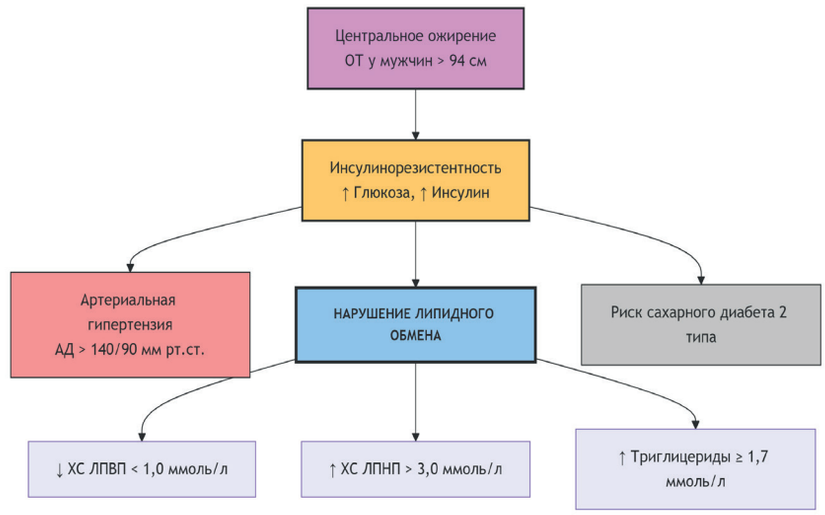
Именно в этом возрасте чаще всего формируется классический метаболический синдром: абдоминальное ожирение, жировой гепатоз, артериальная гипертензия, повышение уровня инсулина и сахара крови, нарушение липидного обмена. Снижается уровень тестостерона, что ускоряет накопление жировой ткани и ухудшает обмен веществ. Физиологически уровень тестостерона начинает постепенно снижаться после 40 лет. На скорость его снижения влияют генетические факторы, наличие силовых тренировок, сбалансированность питания.

Для синтеза тестостерона необходимо регулярное употребление белковых продуктов, отсутствие в организме дефицитов (омега-3, цинка, витамина Д, витамина С, меди), силовые физические тренировки и полноценный глубокий сон (фаза глубокого сна 3-3,5 часа за ночной цикл).

Старший возраст (50+ лет)

Изменения становятся более явными: выраженное снижение тестостерона (уменьшение мышечной ткани и накопления жира); ухудшение функции щитовидной железы (замедление обменных процессов, развитие депрессивных состояний); повышение уровня кортизола (который, опять же, способствует росту абдоминального жира); рост уровня эстрадиола, снижение выработки гормона роста. Это приводит к прогрессированию сахарного диабета, поражению сосудов, увеличению риска инфаркта и инсульта, эректильной дисфункции, хронической усталости, снижению работоспособности и значительному ухудшению качества жизни.





Как же избежать развития МС?

1. Регулярное обследование

Рекомендуется ежегодно проверять: уровень глюкозы, инсулина, HbA1c; липидный профиль; гормоны (тестостерон, ТТГ, Т4 свободный, Т3 свободный), контролировать артериальное давление.

2. Генетические тесты

Генетическое тестирование помогает: выявить предрасположенность к диабету, оценить риск сердечно-сосудистых заболеваний, подобрать индивидуальную стратегию профилактики.

3. Образ жизни

Физическая активность: силовые тренировки 2-3 раза в неделю, кардионагрузки (ходьба, бег, плавание) ежедневно.

Питание: уменьшение потребления сахара и быстрых углеводов, увеличение белка и клетчатки, контроль калорийности рациона.

4. Контроль веса

Снижение массы тела даже на 5-10% улучшает чувствительность к инсулину, снижает давление, повышает уровень тестостерона.

5. Витамины и микроэлементы

Особое значение имеют: витамин D, магний, цинк, омега-3 жирные кислоты (однако прием препаратов крайне желательно согласовывать с врачом).

Заключение

Метаболический синдром у мужчин – это не отдельное заболевание, а системное нарушение, затрагивающее обмен веществ и гормональный баланс. Его развитие напрямую связано с возрастом, образом жизни и уровнем гормонов. Главное – не ждать появления симптомов. Регулярное обследование, контроль веса, физическая активность и своевременная коррекция гормональных нарушений позволяют значительно снизить риски и сохранить здоровье на долгие годы. ■



Мужское здоровье после 40: чем профилактика лучше запоздалого лечения

На опережение

Многие мужчины уверены, что годы сами по себе ставят точку в «мужской жизни». Но никакого тумблера, который однажды все выключает, не существует. О том, как мягко поддержать организм после сорока и почему о здоровье лучше позаботиться заранее, рассказывает врач-реабилитолог Центра культуры здоровья «Олимп Пять» Сергей ДУПЛИЩЕВ.



После сорока тело начинает разговаривать с нами иначе. Чуть быстрее уходит выносливость, появляется тяжесть внизу живота, меняется качество эрекции, чаще хочется в туалет. Проще всего списать это на возраст и ждать, пока станет совсем неудобно, а потом лечиться остро и всерьез. Но есть и другая дорога, гораздо более спокойная, — не доводить.

Я работаю именно с этой «другой дорогой». Современные немедикаментозные методы умеют поддерживать мужское здоровье мягко, без таблеток и побочных эффектов: они просто помогают телу делать то, что оно и так умеет, но с возрастом делает чуть хуже — гонять кровь, расслаблять мышцы, держать тонус.

Почему профилактика, а не лечение по факту

Мужское здоровье держится на трех довольно прозаичных вещах: хорошем кровообращении в малом тазу, спокойном тонусе мышц тазового дна и исправной нервной регуляции. Сидячая работа, хронический стресс и нехватка движения бьют ровно по этим трем опорам — кровь застаивается, мышцы зажимаются, микроциркуляция нарушается. А дальше выстраивается очередь из знакомых диагнозов: хронический простатит, аденома, эректильная дисфункция.

Профилактика просто не дает этой очереди собраться. Она возвращает приток и отток крови в малом тазу, отпускает мышечный спазм, успокаивает нервную систему и заодно поднимает общую устойчивость к стрессу. В отличие от лекарств с их побочными эффектами, эти методы работают естественно — активируя собственные резервы организма.

Дальше расскажу о процедурах, которые назначаю своим пациентам чаще всего. Все они собраны под одной крышей, и почти всегда я объединяю их в индивидуальную программу: поодиночке они хороши, а вместе работают заметно сильнее.

Душ Шарко

Начну с самого известного. По сути это контрастный массаж водяными струями: теплая вода сменя-

ется прохладной, давление то мягче, то сильнее. Сосуды отвечают на это честной тренировкой — то сужаются, то расширяются, и постепенно стенка становится отзывчивее. Сильная струя достает до глубоких тканей, разгоняет кровь в малом тазу, снимает зажимы в пояснице и крестце.

А еще душ Шарко просто бодрит и заметно гасит стресс — а стресс, между прочим, одна из частых причин сексуальных сбоев. Мужчинам после сорока пяти я обычно рекомендую курс из 10–15 процедур два-три раза в год. Все проходит в отдельном кабинете, и приватность здесь не формальность.

Лечебные ванны

Вода умеет воздействовать и совсем иначе — мягко, обволакивающе. Лечебные ванны я подбираю под задачу. Йодобромные хорошо разгоняют кровообращение и успокаивают, выручают при склонности к застою. Жемчужные — это тысячи мельчайших пузырьков, которые делают коже легкий массаж: они прекрасно расслабляют и налаживают сон. Хвойные тонизируют и снимают накопленное напряжение.

Курс обычно 10–12 ванн, и чаще всего они идут в связке с другими процедурами — как самостоятельная мера или часть комплексной программы.

Подводный душ-массаж

Если соединить тепло воды и силу струи, получается подводный душ-массаж. Мужчина лежит в теплой ванне, а медсестра направленной струей прорабатывает спину, поясницу, область таза. Вода расслабляет, струя массирует глубоко, но без боли. Кровь в пояснице и тазу начинает двигаться живее, уходят спазмы спины и промежности, разгружаются вены малого таза.

Я часто включаю эту процедуру тем, кто много сидит, и тем, у кого мышцы перенапряжены — хоть от интенсивных тренировок, хоть, наоборот, от долгой неподвижности.

Грязевые шорты

Отдельно люблю грязелечение — метод старый, проверенный поколениями. Мы работаем с грязями пяти месторождений, и у каждой свой



характер. Тамбуканская и Сакская — мощные противовоспалительные, их я выбираю при хронических процессах в малом тазу и проблемах со спиной. Грязь Мертвого моря богата минералами, мягко успокаивает нервную систему и хороша для общего оздоровления. Сестрорецкая обладает рассасывающим действием. Грязь Томед снимает боль и отек, особенно после травм.

В мужской профилактике я накладываю грязь в виде «шорт» — аппликации на область таза, которая работает прицельно: по зоне предстательной железы, мышцам тазового дна, сосудам малого таза. Эффект противовоспалительный, рассасывающий, улучшающий микроциркуляцию и запускающий восстановление тканей. Особенно уместны такие шорты при хроническом простатите вне обострения, при застойных явлениях и в восстановлении после операций на простате. Курс — 10–12 процедур через день, никакой специальной подготовки не требуется.

Авантрон

И еще один метод, аппаратный. Авантрон соединяет мягкие импульсные токи низкой частоты и легкий вакуум. Звучит технологично, а суть простая: настроить нервную регуляцию тазовых органов, отпустить спазмы в пояснице, улучшить кровоток, поднять общий тонус и стрессоустойчивость. Курс — 8–12 сеансов, сам по себе или внутри программы.

Как это выглядит на практике

Чтобы все это не звучало абстрактно, приведу историю. Пришел мужчина сорока восьми лет, офисный сотрудник: жаловался на усталость, периодический дискомфорт в промежности, угасший интерес к близости. При осмотре — застой в малом тазу, мышцы тазового дна напряжены, но воспаления нет.

Я собрал ему программу на пять недель: душ Шарко, чтобы разбудить сосуды; йодобромные ванны для расслабления и снятия воспаления; Авантрон против мышечного спазма; подводный душ-массаж для глубокого расслабления спины и таза; и курс грязевых шорт с тамбуканской грязью прицельно на малый таз. К концу курса он говорил о приливе сил, ушедшем дискомфорте, вернувшемся настроении и либидо. Через полгода пришел повторить — закрепить результат.

Моя роль

Профилактика — это не «прийти и получить набор процедур». Это всегда индивидуальная сборка. Я провожу первую консультацию, нахожу факторы риска, оцениваю состояние тазового дна, кровообращение, тонус мышц. Потом выстраиваю план: что, в какой последовательности и с какой интенсивностью. Подбираю детали — какую именно грязь использовать, какой режим ванн, какие зоны прорабатывать на аппарате. И веду пациента дальше, поправляя программу по ходу, а при необходимости подключая более глубокую реабилитацию.

Вместо заключения

Мужское здоровье после сорока — не лотерея и не приговор. Это во многом результат образа жизни и вовремя сделанного выбора в пользу профилактики. Ко мне приходят очень разные мужчины: кто-то годами тянул и пришел уже с проблемой, а кто-то — заранее, чтобы как можно дольше оставаться активным и в форме. Второй путь мне нравится больше. Потому что здоровье и правда начинается раньше болезни — с простого внимания к себе. ■

Борьба с эпицентром кризиса

Комплексный подход к мужскому здоровью в «Олимп Пять»

После консультации или лечения врач-уролог посоветовал обратиться к специалистам Центра культуры здоровья «Олимп Пять»? Не упускайте возможности восстановить свое мужское здоровье на системной основе. Подробнее об этом – в материале главного врача, врача-эндокринолога высшей категории со стажем 26 лет, к.м.н. Анны ВОЛЫНКИНОЙ и врача-терапевта Татьяны ПАВЛЮКОВОЙ.





***

В современной медицине мужское здоровье перестало рассматриваться как набор изолированных симптомов (храп, утомляемость, эректильная дисфункция). Сегодня доказано: ключевым звеном дегенерации мужского организма является абдоминальное ожирение. Жир на животе – это не пассивное хранилище энергии, а агрессивная эндокринная фабрика, которая запускает каскад смертельных событий: от разрушения сердца и сосудов до тотальной андрогенной недостаточности и гибели нейронов головного мозга.

Ожирение как эпицентр кризиса: последствия для всего организма

Абдоминальное ожирение (объем талии ≥94 см) – это системный воспалительный процесс, который бьет по трем ключевым мишеням:

1. Сердечно-сосудистая система («главный убийца мужчин»)

Висцеральный жир продуцирует провоспалительные цитокины (ИЛ-6, ФНО-α), разрушающие эндотелий сосудов. Результат:

- Рефрактерная артериальная гипертензия (давление не поддается стандартной терапии).
- Дислипидемия и атеросклероз.
- Риск инфаркта и инсульта увеличивается в 3-4 раза независимо от возраста.

2. Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) как прямое следствие ожирения

Жир в области шеи механически сдавливает глотку. Жир на животе ограничивает экскурсию диафрагмы. Механизм:

- Каждые лишние 10 кг жира увеличивают индекс апноэ-гипопноэ на 30%.
- Ночные остановки дыхания (SpO_2 до 60-70%) вызывают хроническую гипоксию мозга.
- Результат: ишемия белого вещества, снижение тестостерона на 40-50%, когнитивная дегенерация (деменция).

3. Андрогенный дефицит и метаболический коллапс

Жировая ткань содержит фермент ароматазу, который превращает тестостерон в эстрадиол (женский половой гормон). Одновременно жир посылает мозгу сигнал блокировки синтеза тестостерона. Порочный круг:

Ожирение → снижение тестостерона → замедление метаболизма → дальнейший набор веса

Как ожирение приводит мужчину к врачу? (входные ворота)

Статистически триггерами визита становятся:

1. Жалобы партнера на громкий храп с остановками дыхания (СОАС).
2. Дневная неконтролируемая сонливость за рулем + снижение концентрации (последствия гипоксии мозга).
3. Андрологические жалобы (снижение либидо, эректильная дисфункция), не корригируемые стандартными средствами.

Важно: 85% пациентов приходят не на этапе профилактики, а когда проблема начинает разрушать социальные связи или создает угрозу жизни. Но истинная причина всех трех сценариев одна – ожирение.

Превентивная стратегия: разрыв порочного круга через редукцию массы тела

Этап 1. Скрининг и диагностика (оценка масштаба катастрофы)

Ключевые антропометрические маркеры:

- Объем шеи ≥43 см – предиктор тяжелого СОАС.
- Объем талии ≥94 см – критерий абдоминального ожирения.
- Индекс массы тела >30 кг/м^2.
- Дополнительно: шкала STOP-BANG (скрининг апноэ), контроль артериального давления и липидного профиля.

При выявлении 3 и более факторов риска – кардиореспираторный мониторинг сна и эхокардиография.

Этап 2. Борьба с ожирением – базовая терапия: ЛФК и физическая реабилитация

Без уменьшения объема талии (<94 см) все остальные вмешательства

бесполезны. Лечение ожирения = лечение мужского здоровья.

Протокол лечебной физкультуры (ЛФК) для мужчин с ожирением:

- **Аэробные нагрузки (жиросжигание)**: Ежедневная ходьба 10 000-12 000 шагов + плавание 3 раза в неделю. Плавание разгружает суставы и тренирует диафрагму (уменьшает СОАС).
- **Дыхательная гимнастика для снижения апноэ:** Тренировка инспираторных мышц (тренажер Threshold IMT) – снижает коллабирование глотки во сне. Диафрагмальное дыхание перед сном.
- **Силовые упражнения для повышения тестостерона:** Базовые движения (приседания с собственным весом, отжимания, подтягивания, планка). Мышцы сжигают жир даже в покое.

Этап 3. Физикальные методы поддержки: ванны и Авантрон

Польза термальных/контрастных ванн:

- Снижение симпатического тонуса (коррекция гипертензии, связанной с ожирением).
- Улучшение лимфодренажа из висцеральной зоны (ускорение выхода жирных кислот).
- Режим: 37-38°С за 1-2 часа до сна для расслабления и улучшения качества сна (критично при СОАС).

Авантрон (аппаратная физиотерапия):

- Низкочастотная электростимуляция для коррекции венозного застоя в малом тазу – частая проблема у мужчин с ожирением.
- Улучшая микроциркуляцию и снимая локальный мышечный спазм, способствует повышению чувствительности тканей к тестостерону и профилактике хронического простатита.
- Рассматривается как вспомогательный метод для восстановления нейроэндокринной регуляции.

Резюме: Главная мысль

Ожирение – это не косметическая проблема. Это системное заболевание, которое убивает мужчину тремя путями: разрушает сердце и сосуды, вызывает смертельное апноэ сна с гибелью нейронов и превращает тестостерон в женские гормоны.

Конечная цель превентивной стратегии – разорвать порочный круг:

Ожирение → СОАС + сердечно-сосудистые катастрофы + гипогонадизм → дальнейший набор веса → смерть



ПРЕИМУЩЕСТВА ЦЕНТРА МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОТ ГК «ОЛИМП ЗДОРОВЬЯ»

Обязательные элементы программы сохранения мужского здоровья:

Редукция массы тела как приоритет №1 (цель: талия <94 см, шея <43 см).
ЛФК (аэробные + силовые + дыхательные упражнения) – единственный немедикаментозный метод устойчивого жиросжигания.
Физикальная реабилитация: ванны (седативный эффект) + Авантрон (тазовое кровообращение).
Диагностика последствий (СОАС, артериальная гипертензия, дислипидемия) и их контроль.

Мужское здоровье – это не эрекция и не память по отдельности. Это единая система, где центральным звеном является масса тела. Инвестиция в снижение объема талии – это инвестиция в сохранение сердца, мозга, гормонального фона и профессиональной состоятельности на десятилетия вперед. Без борьбы с ожирением все остальные вмешательства (витамины, гормоны, таблетки) работают как пластырь на скрытое внутреннее кровотечение. ■



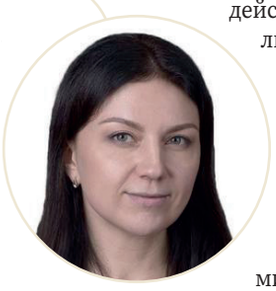
ФАКТОРЫ, СНИЖАЮЩИЕ ТЕСТОСТЕРОН

Тестостерон — король гормонов

Что нужно о нем знать?

Слово, которое все слышали, и гормон, который обрел едва ли не магические черты. И все об одном – в статье врача-эндокринолога со стажем более 16 лет Екатерины БАУЭР.

***



Тестостерон, пожалуй, самый обсуждаемый и самый замалчиваемый гормон современности. Когда мы смотрим на атлетически сложенных мужчин, брутальных актеров, успешных бизнесменов, то невольно ассоциируем их с высоким уровнем тестостерона. Каждый мужчина в душе мечтает иметь тот самый «высокий уровень тестостерона», но вот узнать его количество, а потом и обратиться к врачу, чтобы правильно интерпретировать результат, решается отнюдь не каждый. Да и в целом обращаться за медицинской помощью мужчины не любят. Давайте рассмотрим, что такое тестостерон, откуда он берется, насколько он нужен в организме и за что отвечает.

Тестостерон вырабатывается в яичках (непосредственно в клетках Лейдига) под действием лютеинезирующего гормона (ЛГ), а сперматозоиды – в клетках Сертоли под действием фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Оба этих гормона (ЛГ и ФСГ) вырабатываются в гипофизе (специальной области головного мозга), который отвечает за «командование» всеми гормонально-активными железами, и, забегая вперед, нарушение его работы (в первую очередь банальный недостаток сна) может привести к сбою регуляции выработки всех гормонов.

Выработка тестостерона начинается с 6-8 утра, достигает максимума к 9-10 ч, постепенно начинает снижаться с 14 ч. Сам же тестостерон не является активным гормоном (работает не сам, а через «посредников»), под действием фермента 5а-редуктазы 5-10% от него превращается в дигидротестостерон (ДГТ), к которому и относятся все описываемые эффекты тестостерона, до 1% превращается в эстрогены, но львиная доля связывается с белком (ГСПГ и альбумином) и становится не активной.

В среднем половое созревание у мальчиков запускается к 9-11 годам, когда начинается увеличение объема яичек и выработка заветного тестостерона, до этого возраста работает только гормон роста, щитовидная железа, частично надпочечники, т.к. даже в них синтез андрогенов происходит только к 7-8 годам. Через год от начала увеличения яичек начинается рост полового члена сначала в длину, затем и в ширину, что закачивается в среднем к 16 годам, начинается рост волос на теле. С 14 до 16 лет появляются поллюции (непроизвольное семяизвержение), что является неотъемлемым признаком полового созревания и показателем фертильности (способности к деторождению).

Именно к 16 годам тело юношей претерпевает максимальные изменения: активно растет мышечная масса, «раздается» плечевой пояс, меняется тембр голоса, проявляется бунтарский характер, желание испробовать этот мир и себя на прочность. Окончательно рост в длину, как и дозревание коры головного мозга (что тоже находится под контролем тестостерона), заканчивается к 19-21 году.

Естественно, все процессы роста и созревания индивидуальны и зависят от генетики, но на каждый этап влияет количество и качество сна, питание (должно быть достаточно белков, жиров), психоэмоциональные нагрузки, уровень физической активности, злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами, да и любыми токсическими веществами, подавляющими работу печени или работу мозга.

До 30 лет уровень половых гормонов сохраняется максимальным, это самый расцвет здоровья, максимум энергии, самые яркие воспоминания и приключения. С 30 лет уровень тестостерона начинает падать на 1% в год за счет постепенной гибели клеток Лейдига. И вот здесь начинается самое интересное, т.к. 1% от 40, 30, 20 или 15 нмоль/л – разные вещи. Поэтому кто-то ощутит свой низкий тестостерон в 35, кто-то в 40, а кто-то и после 50 лет будет иметь отличное здоровье.

За что же отвечает тестостерон и каковы его функции в организме? Помимо очевидных – рост мышечной и костной массы, сила, выносливость, либидо, это еще и гормон иммунитета, синтеза «свежих» клеток крови (профилактика анемии), «дозревание» головного мозга (т.к. именно ДГТ отвечает за формирование пространственного мышления, поэтому мужчины лучше ориентируются за рулем и на местности), он же гормон амбиций, лидерских качеств, умения отстаивать свою точку зрения. Кроме того, тестостерон является «антифобическим» гормоном: с возрастом часто становится «страшно» куда-то переехать, сменить работу, летать на самолете и прочее, но, когда мы молоды, мы «бесстрашные и бессмертные», т.к. это еще и гормон уверенности в себе.

Проявления недостатка тестостерона начинаются задолго до того, как падает либидо, ведь то, что интимной близости хочется реже, утренние эрекции становятся не ежедневными, уменьшается количество сексуальных фантазий (а признак «здорового тестостерона» – это наличие не менее 5 сексуальных фантазий в день (мы не говорим про реализацию, только мысли), появляется потребность снять стресс алкоголем (снижается стрессоустойчивость, а тестостерон – мощнейший антидепрессант), – мы списываем на загруженность на работе, фазу Луны, ретроградный Меркурий и бесконечный стресс.

Чаще всего начинает беспокоить снижение психоэмоциональной выносливости, появляется раздражительность, вспыльчивость, агрессия там, где ее раньше не было, апатия, вплоть до депрессии. Тестостерон – гормон «молчаливой решительности», ему не нужно обсуждать, он про жажду делать. И вот когда под коньячок хочется поностальгировать по прошлому, лучше выпить, чем «идти на подвиги», либо мужчина ведет полемику с телевизором (а-ля «диванные воины»), поток речей становится нескончаемым – это уже не про тестостерон, а про его недостаток. Становится страшно заключать сделки, браться за новые направления в бизнесе, что часто приводит к тому, что этот бизнес приходится закрыть. Дома «не воспринимают как мужчину», коллеги не считаются с мнением, снижается драйв к жизни, уменьшается количество интересов – вот это происходит раньше, чем «половое бессилие». Когда мужчины начинают делиться этим с друзьями, то у многих подобная ситуация, что «расслабляет» и не мотивирует идти к врачу.

Рассмотрим вроде бы логичные, но не самые очевидные последствия снижения тонуса, количества и качества (т.е. выносливости) мышц на фоне снижения главного героя нашего повествования. Падает выносливость при привычной физической работе, тех же самых тренировках, быстрее наступает утомление. Наше мягкое небо – это тоже мышца, ослабление которой приводит к храпу во сне. Какое «удовольствие» это приносит окружающим, можно не обсуждать, а для самого человека это нарушает поступление кислорода в головной мозг, что помимо разбитости после сна вызывает скачки адреналина (мозгу же страшно не дышать), повышение давления в ночное время, что может вызвать нарушение ритма сердца и даже инсульт и инфаркт.

Когда снижается тонус мышц, то сложнее становится длительно поддерживать тело в вертикальном положении, поэтому при долгом сидении или стоянии появляется боль в







пояснице, т.к. вся осевая нагрузка тела падает именно на эту область. В итоге мы имеем хроническую боль в спине.

Мочевой пузырь – это тоже мышца, которую тем более ничем не накачаешь. При ослабевании мышц мочевого пузыря появляются более частые позывы на мочеиспускание, недержание мочи, струя мочи ослабевает, написать инициалы любимой девушки на снегу становится сложнее, а если еще давит увеличенная простата, то присоединяется и боль.

И, конечно же, начинает расти вес: двигаться теперь хочется меньше, а покушать и полежать – больше. Есть официальное исследование, которое показало, что окружность талии у мужчин более 103 см практически на 100% ассоциирована с низким уровнем тестостерона.

Эластичность и сократительная способность сосудов (т.е. возможность регулировать артериальное давление) тоже находится под контролем половых гормонов, поэтому часто падение уровня тестостерона начинается еще и с повышения цифр давления, и мужчина оказывается на приеме у кардиолога, получая свою первую «пожизненную» таблетку – в-блокаторы. Одним из механизмов действия в-блокаторов является подавление выработки ЛГ в гипофизе, а также снижение поступления нервного импульса в яички, обеднение в них кровотока.

Параллельно начинает повышаться холестерин, историями про участие которого в развитии атеросклероза пугают на каждом шагу, поэтому в «копилочку» добавляются статины, чтобы «спасти» от страшного заболевания. Но если разобраться в причинах повышения холестерина, то получается совершенно другая история. Холестерин вырабатывается в печени, чтобы отправиться в яички и стать тем самым королем гормонов и гормоном королей.

Да-да, еще в уравнение добавляется печень, она вносит важнейший вклад в синтез тестостерона, т.к. непосредственно поставляет «стройматериал» (тот самый холестерин) для его производства, а затем утилизирует отработанные гормоны в желчь.

Когда тестостерона не хватает, то в гипофизе усиленно начинает вырабатываться ЛГ, который в свою очередь стимулирует печень на выработку холестерина, пытаясь спасти ситуацию. Оба препарата (в-блокаторы и статины) по сути химическим путем блокируют синтез тестостерона на всех этапах: не дают гипофизу делать свое дело, блокируют работу печени и снижают работоспособность собственных яичек.

Из-за нарушения трофики органов малого таза (все, что ниже пояса) за счет сидячего образа жизни, инфекций развивается гиперплазия (увеличение) простаты, одним из методов лечения которой является назначение блокаторов 5а-редуктазы, которая из тестостерона делает ДГТ. В итоге мы получаем «букет» препаратов, который оставляет от тестостерона только воспоминания, хотя в основе всех изменений исходно и лежал дефицит главного мужского гормона.

Напомню, что 1% тестостерона превращается в эстрогены, а они отвечают за выработку оксида азота (количество действующих лиц в статье растет...). Оксид азота расслабляет сосуды, именно он снижает давление, отвечает за наполнение кровью пениальных сосудов (качество и продолжительность эрекции, яркость оргазмов), препятствует образованию кровяных сгустков и закупорке сосудов атеросклеротическими бляшками, даже усиливает рост волос на голове, является активным звеном иммунной системы и подавляет рост опухолевых клеток. Поэтому очень стоит задуматься любителям принимать антиэстрогены (например, анастразол, летрозол).

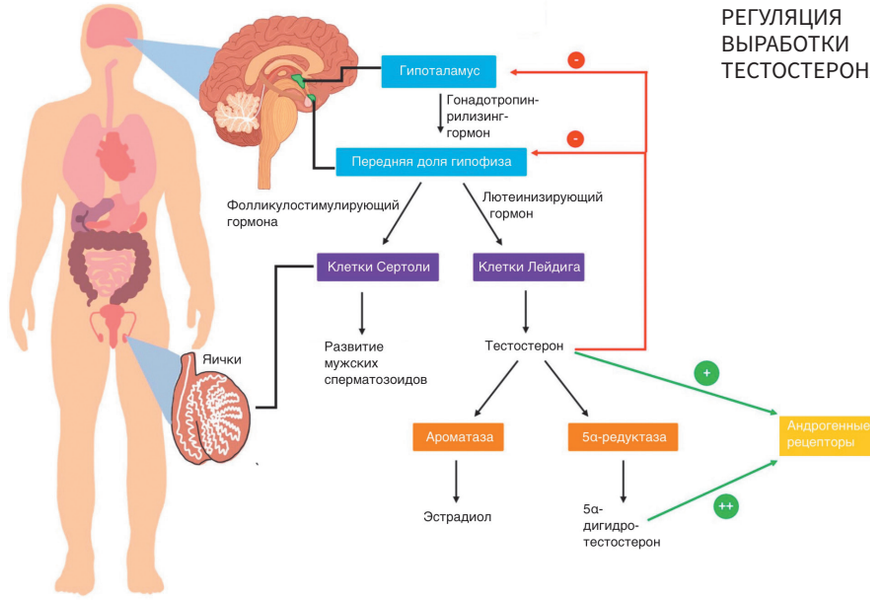
Именно эстрогены отвечают за плотность и прочность костей, выработку внутрисуставной жидкости (смазка суставов), снижение их уровня приводит к остеопорозу (потере костной массы), переломам, деформации суставов (остеоартроз).

Кроме того, все половые гормоны (прогестерон, эстрогены, тестостерон) обладают обезболивающим эффектом, и из-за их снижения с возрастом постоянно что-то болит «на пустом месте» (как в «Простоквашино»: то лапы ломит, то хвост отваливается).

Поэтому, когда доходит до того, что падает либидо, становится просто не до него в веренице других проблем со здоровьем.

Отдельно хочется отметить тему тестостерона и онкологии. Последние научные исследования доказали огромную роль дефицита основного мужского гормона в формировании и развитии большинства урологических заболеваний у мужчин, в том числе рака предстательной железы и рака почек. Если открыть Vidal (справочник лекарственных средств), то в нем официально написано, что тестостерон применяется для лечения рака молочной железы у женщин. Если разрезать молочную железу и предстательную железу (ПЖ), то они окажутся идентичными по строению (вот так интересно придумала природа), поэтому хирургически пролеченный рак ПЖ прекрасно лечится (исключает рецидив заболевания) препаратами тестостерона, что успешно доказал Абрахам Монгенталер, за что и получил Нобелевскую премию.

РЕГУЛЯЦИЯ ВЫРАБОТКИ ТЕСТОСТЕРОНА



В настоящее время популярность набирает ЗОЖ, про правильное питание и занятия спортом можно прочитать из любого медицинского и немедицинского источника. И, как никогда, стала популярна спортивная фармакология. Здесь тоже много мифов, «пугалок» побочками, хотя грамотно и индивидуально подобранная схема может улучшить спортивные показатели без особого вреда здоровью. В итоге мы имеем две диаметрально противоположные ситуации: недообследование, недоназначение и страх препаратов тестостерона в плане заместительной гормональной терапии его возрастного снижения, и использование сверхдоз, приводящих порой к плачевным последствиям. Как говорил Парацельс (самый первый биохимик и тот еще любитель похимичить), «все есть яд и все есть лекарство, только доза делает лекарство ядом, а яд – лекарством». Правильно подобранная доза того же тестостерона способна вернуть работоспособность, уверенность в себе, настроение, хороший уровень мышечной массы, предотвратить заболевания, связанные со старением (гипертония, диабет, остеопороз, остеоартроз, деменция (которую, кстати, ускоряют статины), инфаркт, инсульт), и повысить то самое либидо, с которым жизнь играет совершенно другими красками и которое является самой обсуждаемой темой в любом возрасте.

Современная медицина позволяет индивидуально подобрать схему лечения. Можно оценить работу гипофиза, яичек, печени, посмотреть генетику работы рецепторов и ферментов к половым гормонам, нивелировать риски (например, при дефиците железа и обеднения поступления кислорода к клеткам сердца можно получить безболевой инфаркт миокарда, при дефиците витамина (гормона) Д не будут работать рецепторы к тестостерону).

Резюмируем все написанное и подводим итоги:

– природой нам дан «волшебнейший» ресурс – наши половые гормоны, они отвечают за внешний вид, скорость мышления (ДГТ+гормоны щитовидной железы), даже чувство юмора (дофамин+тестостерон), харизму (баланс эстрогенов и тестостерона), мотивируют на подвиги, помогая оставлять свой след в истории (за что-то порой даже дают премию Дарвина);

– гормоны и здоровье нужно «заслужить»: если поломать физиологическую цепочку созревания организма, то этого волшебного ресурса можно не получить никогда. Если не соблюдать 7-8-часовой режим сна, то ни гипофиз, ни надпочечники никогда не запустят «колесо Сансары», можно так и остаться без пика анаболических стероидов. Если постоянно «проверять печень на прочность», то можно лишиться стройматериала для синтеза вообще всех гормонов (жиры и белки – основа практически всего). Если легкомысленно относиться к органам репродуктивной системы (во время «подвигов» не пользоваться «доспехами», зимой ходить в тоненьких штанишках, вести сидячий образ жизни, не лечить варикоцеле), то вырабатывать половые гормоны будет просто некому;

– нужно вести активный образ жизни, проходя хотя бы 10 000 шагов в день, и употреблять белковые продукты: мышцы растут только при условии их использования и своевременного поступления белка (стройматериала). Кока-кола, чипсы, булки, вкусняшки не содержат белков, только лишние калории. Но есть и «обратная сторона Луны»: недобирание калорий и изнуряющие физические нагрузки проводят к снижению уровня гормонов;

– в работающих мышцах вырабатывается куча эндорфинов (гормонов радости), противовоспалительных молекул (уничтожают больные клетки, не дают разрушаться теломерам (участки хромосом, отвечающие за скорость старения любой клетки), миокинов (снижают аппетит), мышцы даже используют сахар без участия инсулина. Мышцы голеней называют «вторым сердцем», которое качает кровь по организму, снижает давление и помогает лимфатической системе выводить токсины (у кого лимфа «стоит» – имеют отеки ног к концу рабочего дня). И да, мышцы сами умеют вырабатывать тестостерон, и да, делают они это только во время своей работы.

По сути в организме идет «борьба добра со злом». Жировая ткань делает все то же самое, но с точностью до наоборот: вырабатывает воспалительные агенты, которые разрушают и «старят» клетки, активирует ангиотензиноген (повышение давления), ингибирует плазминоген (увеличивает риск тромбозов), повышает уровень гормонов аппетита, заставляет больше вырабатываться инулина, чтобы кормить себя глюкозой, «отбирает» у организма витамины. Кто из них победит – ваш выбор;

– важно вовремя обращать внимание на свое здоровье: не игнорировать вялость, снижение выносливости, изменение эмоционального фона (апатия, потеря уверенности в себе, интереса к этому миру), бессонницу (хотя это больше про дефицит прогестерона), снижение либидо, качества эрекции, повышение веса, давления. И – не стесняться обращаться с этими вопросами к врачу! ■

Боль, которой нет в анализах

Почему хроническая тазовая боль — это не простатит, и при чём тут стресс



Иногда болезнь стоит рядом и вроде бы есть, а вроде бы и терпеть можно. И многие терпят, не спешат рассказать о своих проблемах врачу. Почему так не надо делать и в принципе об очень непростом заболевании цивилизации – в статье врача-уролога со стажем свыше 22 лет, нейроуролога, врача УЗ диагностики, физиотерапевта, доцента кафедры урологии ВГМУ, к.м.н. Юлии АНОСОВОЙ.

***

Боль в тазу — это не просто досадный дискомфорт, а коварный спутник многих мужчин XXI века, незаметно подтачивающий жизнь, здоровье и уверенность в себе. Тянущая или ноющая, жгучая или зудящая, стреляющая или огненная боль от пупка до бедер, неприятные ощущения в яичках, половом члене или при мочеиспускании — такие симптомы знакомы многим, превращая каждый день в изнурительное испытание.

Иногда это сильная боль, стреляющая, огненная. Иногда тянущая и ноющая. Иногда это жжение и рези. Мужчина может ощущать боль в простате, мочевом пузыре, прямой кишке, половом члене, яичках, а также «где-то в промежности». Иногда рези в мочеиспускательном канале, которые усиливаются при мочеиспускании, во время или после оргазма. Множество крайне неприятных симптомов, которые не дают мужчине нормально жить, превращая его жизнь в ад.

Сегодня мы поговорим об этой боли открыто. О той боли, которая не уходит после лечения простатита или другого заболевания. Когда врач-уролог перебрал все подходящие антибиотики, когда анализы «чистые», а боль продолжает отравлять жизнь. Если это длится более 3 месяцев, то с высокой вероятностью это хроническая тазовая боль. Очень частое заболевание в современном мире. Она бывает вторичная, когда возникает как сигнал от пораженных органов (например, вызванная воспалением). И первичная, когда развивается самостоятельно, без нарушения работы органов.

Важность ее трудно переоценить: игнорирование приводит к хронической усталости, депрессии, проблемам в интимной сфере и даже потере работы, ведь жить в постоянной боли — значит терять радость бытия.

Сразу скажу, что простата, как и многие внутренние органы, не имеет болевых рецепторов внутри себя. Настоящий острый простатит — редкость, всегда с лихорадкой и воспалением в анализах. Корень зла обычно в другом — в постоянном спазме мышц тазового дна, накопленном от стресса. Конечно, это далеко не единственная причина хронической боли, но до 94% тазовой боли связано именно с ней. Поэтому речь сегодня пойдет именно об этой причине. Постараюсь объяснить, как это происходит.

Мы все время забываем, что мы, люди — животные. И у нас есть врожденные (безусловные) рефлексы. Например: жарко — мы потеем, холодно — дрожим, зрачок реагирует на яркий свет, что-то попало в глаз — он будет моргать и слезиться, в нос — чихаем и так далее. Эти рефлексы сохранили нам жизнь и позволили со-

хранить свой вид на планете. Управляет этими рефлексами автономная нервная система (она работает вне зависимости от нашей воли и желаний). Интересно, что автономная нервная система может работать в двух противоположных состояниях: симпатическая (симпатика, как чаще называют) или парасимпатическая (парасимпатика). Так вот, симпатика активизируется во время ощущения опасности: тонус всех скелетных мышц повышается, учащается сердцебиение, усиливается активность органов чувств — животное готовится к ответу на опасность. Парасимпатика, наоборот, активизируется во время отдыха и сна, когда животное находится в безопасности. В природе симпатика активна недолго: во время охоты, защиты от врагов себя или своих детенышей, борьбы за самку или территорию, во время спасения от хищника и так далее. А потом животное лежит где-то в норе и отдыхает.

Обратите внимание: природа дала нам не только тревожную кнопку, но и выключатель. Парасимпатика — это встроенный механизм возвращения в покой, он есть у каждого. Проблема современного мужчины не в том, что выключатель сломан. Проблема в том, что мы разучились им пользоваться — годами держим палец на кнопке тревоги и удивляемся, почему тело не отпускает.

От современного мужчины общество требует колоссальных способностей: зарабатывать много, тратить деньги щедро, держать свои эмоции в кулаке, постоянно меняться в соответствии с новыми поворотами действительности, успевать за современностью, достигать высот в спорте, бизнесе, увлечениях, предвидеть будущее и меняться в соответствии с этим. Этот список можно продолжать долго. Сразу скажу, что женщинам сейчас тоже непросто, там свои особенности, но это обсудим в другом номере журнала.

Итак, наши мужчины, от которых женщины хотят «волшебной палочки», все еще остаются обычными людьми. А общество предъявляет все больше и больше требований. В таком мире опасность не нужно искать где-то снаружи, она внутри нас от ощущения себя в этом мире. От тревоги и беспокойства за будущее, от своих внутренних ощущений. Мужчина продолжает быть ответственным за свою семью, за бизнес, за родителей. И это сложнее и сложнее выполнить в постоянно меняющемся современном мире. Реакция (рефлекс) повышения мышечного тонуса на опасность одинаковая у всех, это не зависит от самих мышц. Сила реакции зависит от того, насколько остро мы реагируем на внешний мир.

Так вот, от ощущения опасности внутри, от тревоги и беспокойства мы все находимся в постоянном напряжении целый день.

И вот что важно понять с самого начала: если боль родилась из напряжения, из образа жизни и хронической тревоги — то и развязать этот узел можно тем же путем. Не одной таблеткой, а возвращением телу способности расслабляться. Это не быстро и не волшебно. Но это работает — потому что бьет в причину, а не глушит сигнал.

Днем все скелетные мышцы в тонусе, ночью промежность не расслабляется полностью, удерживая мочу и кал. Напряжение растет, симптомы множатся, а мифы о «неизлечимом простатите» плодятся из-за табу на обсуждение интимных зон. Так возникают симптомы, имитирующие простатит, геморрой или уретрит, — тихий ад, о котором не говорят открыто.

Эта боль — не приговор, а сигнал: пора действовать. Обратитесь к урологу, который видит шире — не только простату, но и взаимодействие органов с нервами и мышцами, оценит тонус тазовых мышц — такой врач называется нейроуролог.

Хорошая новость в том, что этот узел развязывается. Но не одним приемом и не одной таблеткой — а согласованной работой по трем направлениям сразу. Именно поэтому современный подход к тазовой боли — это не один врач с рецептом, а команда, которая ведет мужчину по индивидуальному протоколу.

РАБОТАЕМ С ТЕЛОМ. Спазмированную мышцу нельзя вырезать — ее нужно научить отпускать. Этим занимается тазовый терапевт: специалист, который работает именно с мышцами тазового дна — расслабляет, снимает триггерные точки, возвращает им нормальный тонус. Сюда же — лечебная физкультура, дыхательные практики, мягкая растяжка. Тело, годами жившее в обороне, заново учится покою и правильному поведению в условиях напряжения и при нагрузках.

РАБОТАЕМ СО СРЕДОЙ. То, что раньше называли «водами и грязями», сегодня имеет под собой физиологию. Теплые ванны, бальнеотерапия, лечебные грязи, физиотерапия — магнитное воздействие, текар-терапия — все это снижает мышечный тонус и разрывает порочный круг «боль → напряжение → еще больше боли». Плавание, баня без перегрева, движение — союзники, а не каприз.

РАБОТАЕМ С ГОЛОВОЙ. Раз корень в хронической тревоге, то и без работы с ней не обойтись. Это не значит «вы психически больны» — это значит, что нервную систему, застрявшую в режиме опасности, необходимо вернуть в равновесие. Психолог или психотерапевт, техники регуляции стресса, нормальный сон, разумные границы с кофеином и алкоголем — все это лечит не «нервы», а конкретный мышечный спазм, который из-за этих нервов растет.

И только на этом фундаменте имеет смысл подключать препараты — те, что мягко влияют на мышечный тонус и помогают телу на старте. Они полезны как поддержка, но они не заменяют главного. Таблетка может приглушить сигнал. Но выключить тревожную кнопку и развязать узел — это работа, которую мы делаем вместе с пациентом.

Мужчина привык решать проблемы системно. Не глушить лампочку «check engine» на панели, а открыть капот и разобраться, почему она горит. Со здоровьем — ровно та же логика, просто мы редко ее применяем к собственному телу.

Хроническая тазовая боль — это и есть та самая лампочка. Можно годами менять антибиотики и заклеивать датчик. А можно один раз спросить себя честно: я все это время лечил причину — или просто глушил сигнал?

Тело, которое годами жило в режиме тревоги, способно вернуться к покою. Узел, который завязывался годами, развязывается — не за один прием и не в одиночку, а в работе с командой, которая видит мужчину целиком: его мышцы, его нервы, его образ жизни. Это и есть управляемое здоровье — то самое долголетие, которое не ждут, а которым занимаются.

Боль — не приговор. Это приглашение наконец-то открыть капот. ■



Почему аденома простаты остается недооцененной?

Тихий диагноз

Существуют заболевания, которых, как говорится, не избежать. Гиперплазия предстательной железы – одно из них. Но это не значит, что ничего нельзя сделать. Подробнее об этой патологии – в статье оперирующего врача-уролога высшей категории «Олимпа Здоровья» (стаж 19 лет) Алены ЛЕБЕДЕВОЙ.

***



Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ, ее же называют аденомой простаты) представляет собой разросшуюся железистую или стромальную ткань простаты. Такое разрастание приводит к увеличению органа в размерах в несколько раз. При норме простаты 20 г, она увеличивается до 200-300 г и более (увеличение размера в 10-15 раз!). В 1997 г. в книге рекордов Гиннесса описан случай удаленной аденомы простаты у мужчины 57 лет весом 2 410 г (увеличение в 120 раз!).

ДГПЖ – это возраст-зависимое состояние с четкой прогрессией. Фактически это нормальная биологическая реакция стареющей простаты. Существует несколько теорий ее появления, основной из них является гормональная теория: после 30-35 лет снижается уровень свободного тестостерона примерно на 1% в год, а эстрогены относительно накапливаются. Все это приводит к разрастанию ткани простаты и ее увеличению.

Так, в возрасте 31-40 лет признаки ДГПЖ встречаются у 8% мужчин, в возрасте 40-49 лет – у 10%, в возрасте 50-59 лет – у 30%, в возрасте 60-69 лет – у 50%, в возрасте 70-79 лет – у 70%, а в возрасте старше 80 лет – примерно у 90% мужчин.

Помимо возраста, существуют и другие факторы, которые ускоряют рост аденоматозной ткани. Это избыточная масса тела (ожирение), метаболический синдром, гиподинамия, хроническое воспаление. Соответственно, существуют и факторы, которые замедляют рост аденомы: физическая активность, нормальный индекс массы тела и уровень сахара крови.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – это не злокачественное заболевание. Однако нелеченая аденома запускает целый каскад осложнений, угрожающих жизни. Увеличенная гиперплазированная ткань сдавливает мочеиспускательный канал и препятствует свободному оттоку мочи из мочевого пузыря. Мочевому пузырю приходится компенсаторно увеличивать силу своих сокращений, чтобы обеспечить полное опорожнение. Его стенки сначала гипертофируются, как мышцы у спортсменов, но его возможности не безграничны и постепенно силы ослабевают, пузырь становится атоничным, как парализованная нога или рука, в стенках образуются выпячивания – дивертикулы. После мочеиспускания часть мочи остается в мочевом пузыре, и этот объем постепенно растет (порой он достигает

1-1.5 литра!). На этом фоне могут образовываться камни, присоединяется воспалительный процесс. Почкам некуда выводить мочу из-за постоянно наполненного мочевого пузыря, и они постепенно погибают. И это состояние угрожает жизни мужчины! В такой ситуации помочь может только аппарат искусственной почки.

Коварность ДГПЖ заключается в том, что весь этот процесс происходит без боли! Мужчина может заметить только ослабление напора струи мочи и необходимость натуживаться при мочеиспускании, потребность мочиться по ночам. А тем временем в мочевом пузыре происходят серьезные, порой непоправимые, изменения. Бывает и другой сценарий развития заболевания. Примерно у 3% мужчин развивается острая задержка мочи. Это внезапная полная невозможность помочиться. Провоцирующими факторами в этой ситуации являются алкоголь, переохлаждение, присоединение воспалительного процесса в предстательной железе. В таком случае проводится катетеризация мочевого пузыря или устанавливается троакарная цистостома – трубочка в мочевой пузырь через переднюю брюшную стенки, обеспечивающая отток мочи. Опасность аденомы еще и в том, что симптомы не зависят от ее размера. Бывают случаи, когда мочевой пузырь погибает на фоне небольшой аденомы, и наоборот – сочетание значительно увеличенной простаты и отсутствие симптомов.

Медицина не может остановить возраст, соответственно, не может остановить и рост аденомы. А вот выявить ее на ранних этапах и предупредить развитие нежелательных последствий может и справляется с этим на «отлично». Все, что требуется – это проходить ежегодное обследование после достижения 40 лет. Всегда привожу мужчинам пример с автомобилем: за ним они, как правило, следят более тщательно и не дожидаются поломки, а вот за своим телом – нет. Что же входит в обследование? Определение уровня простатического специфического антигена в крови (ПСА общ. и св.), исследование общего анализа мочи, прохождение УЗИ простаты, почек, мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи (исследование проводится на полный мочевой пузырь и после его опорожнения), урофлоуметрия (мочеиспускание в специальный электронный унитаз), консультация уролога. И все! Представляете: минимальные действия могут спасти вашу жизнь!

ЧТО ДЕЛАТЬ, КОГДА АДЕНОМА УЖЕ МЕШАЕТ?

Этот вопрос всегда решается индивидуально и зависит от исходных данных. Как правило, лечение начинается с медикаментозной терапии. Существует группа препаратов, расширяющих простатический отдел уретры и устраняющих симптомы заболевания. Некоторые мужчины принимают такой препарат пожизненно, если его эффекта достаточно для компенсации симптомов. Сразу оговорюсь, что безопасного препарата, предупреждающего рост или уменьшающего размер железы, не существует. Накопленный опыт заставил отказаться от использования данной группы медикаментов из-за большого количества побочных явлений.

В ЦЕНТРЕ «ОЛИМП ЗДОРОВЬЯ» В ЭТОМ ГОДУ ПОЯВИЛСЯ НОВЕЙШИЙ ГОЛЬМИЕВЫЙ ЛАЗЕР LUMENIS MOSES 2.0 (ТАКИХ В СТРАНЕ ВСЕГО 8!).

В ситуации, когда медикаментозная терапия не эффективна или момент ее назначения упущен, применяется хирургическое лечение. За последние 10 лет произошла революция в хирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Современные возможности позволяют удалить аденому любого размера через мочеиспускательный канал без прокола или разреза. Открытая хирургия уже ушла в прошлое. Название этой операции – ЛАЗЕРНАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ. В центре «Олимп Здоровья» в этом году появился новейший гольмиевый лазер LUMENIS MOSES 2:0 (таких в стране всего 8!). История создания данного вида операции началась именно с гольмиевой энергии и продолжается во всем мире тоже именно с ней. Суть метода заключается в отделении ткани аденомы от ткани простаты с помощью лазера. Модификация MOSES 2.0 не только бережно и анатомично выделяет ткань гиперплазии, она еще и одномоментно коагулирует сосуды, что особенно значимо для пациентов, принимающих кроворазжижающие препараты и особенно для мужчин с кардиостимуляторами. Поэтому кровопотеря минимальная. После выделения ткань аденомы «съедается» внутри полости мочевого пузыря с помощью специального аппарата – морцеллятора. Это позволяет оперировать аденомы любой сложности (даже гигантские размеры), одномоментно дробить камни в мочевом пузыре, сократить противопоказания со стороны сердечно-сосудистой системы и возвратить мужчину домой уже без катетера и с самостоятельным мочеиспусканием на 2-3 сутки после операции. Также значимым моментом является то, что рецидивов аденомы после гольмиевой энуклеации нет. Именно поэтому эта методика и является золотым стандартом во всем мире!

В ситуации с молодыми мужчинами, которые планируют деторождение, или тогда, когда аденома еще не успела вырасти до крупных размеров, возможно применение ТЕХНОЛОГИИ REZUM. Суть метода заключается во введении водяного пара 103^0C в ткань аденомы, что приводит к ее уменьшению. Процедуру проводят под внутривенным наркозом через мочеиспускательный канал. Госпитализация не требуется.

Нужно помнить, что количество и тяжесть хронических заболеваний с возрастом увеличиваются, поэтому важно убрать аденому вовремя. К сожалению, иногда состояние сердца не позволяет выполнить операцию, и мужчина вынужден жить с трубочкой в мочевом пузыре. А ведь это можно было предотвратить! Современная медицина лечит все, главное – вовремя обратиться к доктору.

Дорогие мужчины, берегите себя, пожалуйста! ■



Мочекаменная болезнь: от глобальной эпидемиологии к персонализированной профилактике

Не полезные ископаемые

О «камнях в почках» все как минимум слышали, потому как заболевание очень распространенное. Тем не менее достоверную профессиональную информацию о нем приходится искать, и без специальных знаний сделать это непросто. Облегчаем задачу интересующимся пациентам с помощью статьи врача-уролога «Олимпа Здоровья» (стаж 19 лет), врача УЗ диагностики, к.м.н. Екатерины ПИЛИПЕНКО.

***



С чем мы имеем дело?

Мочекаменная болезнь (МКБ) по праву занимает одну из лидирующих позиций в структуре урологической патологии. По данным статистики, заболеваемость в Российской Федерации составляет около 500-550 случаев на 100 тысяч населения, причем мужчины сталкиваются с этой патологией в три раза чаще женщин.

Медико-экономическая и социальная значимость МКБ определяется прежде всего возрастом пациентов: около двух третей заболевших находятся в самом расцвете сил – от 30 до 60 лет. Болезнь характеризуется упорным рецидивирующим течением, высокой частотой осложненных форм, которые в ряде случаев приводят к стойкой утрате трудоспособности.

Что лежит в основе камнеобразования? И можно ли это предотвратить?

Ответ на вопрос о профилактике МКБ невозможно уложить в одну фразу, поскольку природа этого заболевания глубоко индивидуальна. Мочекаменная болезнь – классический пример мультифакториальной патологии. Это означает, что за каждым случаем камнеобразования стоит уникальная комбинация причин: от наследственной предрасположенности и врожденных нарушений обмена веществ до эндокринных дисфункций, особенностей питания, водного режима и образа жизни в целом. Нередко в клинической практике мы сталкиваемся с сочетанием сразу нескольких патогенетических звеньев.

Тем не менее, опираясь на понимание механизмов камнеобразования, можно сформулировать универсальные принципы, которые служат надежной основой для снижения рисков:

– активный, подвижный образ жизни, препятствующий застойным явлениям;

– сбалансированное и разнообразное питание с ограничением поваренной соли;

– своевременная коррекция дефицитов витаминов и микроэлементов;
– и, пожалуй, самый важный фактор – адекватный питьевой режим. Употребление не менее 2 литров жидкости в сутки является ключевым условием не только первичной профилактики, но и предотвращения рецидивов.

Для пациентов, у которых в анамнезе уже был хотя бы один эпизод МКБ, регулярное наблюдение у уролога или нефролога становится обязательным.

Бессимптомная опасность и эволюция лечения

Важно помнить: присутствие камня в почке далеко не всегда сопровождается яркой симптоматикой. Пока конкремент не нарушает отток мочи и не провоцирует воспаление, человек может долгое время не подозревать о его существовании. Однако такая «тишина» не делает ситуацию безопасной. Камень склонен к росту, и чем больше он становится, тем более сложного хирургического вмешательства потребует в будущем. Более того, в любой момент миграция камня может спровоцировать почечную колику – один из самых интенсивных болевых синдромов в медицине.

Обнаружение камня при обследовании – повод для взвешенного подхода, но не для паники. Современная урология отошла от практики открытых операций. Сегодня решение о тактике принимается индивидуально.

Небольшие камни, находящиеся в стадии движения по мочевыводящим путям и не вызывающие осложнений, часто успешно поддаются медикаментозной терапии в сочетании с физиотерапевтическими методами. Определенные типы конкрементов (например, камни, состоящие из солей мочевой кислоты) могут быть подвергнуты литолитической терапии – растворению с помощью специальных препаратов.

Если же необходимо активное вмешательство, арсенал хирурга включает исключительно **малоинвазивные технологии:**

ДИСТАНЦИОННАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ЛИТОТРИПСИЯ (ДУВЛ) – дробление камня сфокусированной ударной волной. Метод не подразумевает проникновения в организм инструментов или катетеров.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ – эндоскопическое удаление через естественные мочевые пути с использованием, чаще всего, высокоточной лазерной энергии.

ПЕРКУТАННАЯ (ЧРЕСКОЖНАЯ) НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ – дробление камня через прокол в поясничной области, применяется при крупных и коралловидных камнях.

Наконец, в редких, клинически сложных случаях может использоваться ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП.

Все эти вмешательства проводятся под анестезией и в большинстве случаев относятся к формату «хирургии одного дня», что позволяет минимизировать стресс для пациента и быстро вернуть его к привычной жизни.

Резюме: путь к здоровью начинается с диагностики

Лечение и профилактика мочекаменной болезни – это сфера, где нет места шаблонам. Для одного типа камней достаточно динамического наблюдения, для другого показана консервативная терапия, третий вариант допускает выбор между несколькими методами дробления, а существуют конкременты, удалить которые возможно лишь единственным, строго определенным способом. Чтобы разобраться в этом многообразии, необходимо пройти несложное, но качественное диагностическое обследование. На его основе врач не только подберет оптимальную лечебную тактику, но и сформирует персональный комплекс профилактических мероприятий, чтобы свести риск рецидива к минимуму. Помните: мочекаменную болезнь гораздо легче предупредить или контролировать на ранних стадиях, чем бороться с ее осложнениями.

Будьте внимательны к своему здоровью! ■

ВАЖНО

КАМНИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
Камни мочевого пузыря – это заболевание, в большей степени характерное для мужчин. Появление камней в просвете мочевого пузыря связано с нарушением его опорожнения, что чаще вызвано аденомой предстательной железы или стриктурой (сужением) уретры. В таком случае лечение направлено не только на избавление от камня, но и обязательно на устранение причины плохого оттока мочи.

КАМНИ В ПРОСТАТЕ: ОТДЕЛЬНАЯ ИСТОРИЯ
Камни в предстательной железе имеют иную природу, нежели нефролитиаз (в почках). Они формируются на фоне длительного застоя (часто инфицированного) секрета простаты и закупорки ее выводных протоков. В подавляющем большинстве случаев конкременты простаты являются случайной диагностической находкой. Если они протекают бессимптомно, специального лечения не требуется. Тактика меняется при наличии клинических проявлений. Если пациенту показано хирургическое лечение по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (аденомы), камни удаляются одномоментно в ходе операции, поскольку они располагаются в тканях, подлежащих резекции. В случае же выявления камней на фоне воспалительного процесса (простатита) лечение направлено на санацию инфекции и купирование воспаления, активно дополняется физиотерапевтическими методами и не требует самостоятельного дробления камней. При лечении калькулезного простатита не показан массаж простаты, так как во время процедуры твердые камни могут травмировать окружающие ткани.

Когда пора и что увидим?

Возможности УЗ-метода в диагностике урологической патологии



Ультразвуковое исследование (УЗИ) играет ключевую роль в урологии как неинвазивный, безопасный и доступный метод диагностики заболеваний мочевыделительной системы и мужских половых органов. УЗИ имеет большое значение как при первичном обращении пациента, так и для динамической оценки течения заболевания и результатов лечения. Подробная информация – в материале Натальи КОСЯНЧУК, к.м.н., врача УЗД высшей категории Центра культуры здоровья «Олимп Пять».

***

Давайте разберемся, какие же органы мочевыделительной и репродуктивной системы можно исследовать с помощью ультразвука? Прежде всего это почки и мочевой пузырь. У верхних полюсов обеих почек находятся надпочечники – парные железы эндокринной системы. Их осмотр ультразвуком обычно проводится вместе с почками. Мочеточники в норме мы не видим, но можем увидеть при их расширении, осматривая забрюшинное пространство. Диагностикой и лечением органов репродуктивной системы у женщин традиционно занимается гинекологическая служба. А вот мужские органы: предстательная железа, мошонка и половой член – являются предметом диагностики и лечения как раз урологии и андрологии.

УЗИ каждого из органов

ПОЧКИ. Показаниями к УЗИ почек являются боли в пояснице или боку, изменения в анализах мочи (например, наличие крови в моче, белка, лейкоцитов), различные нарушения мочеиспускания (частые позывы, затруднение, малое или, наоборот, избыточное количество мочи), подозрение на мочекаменную болезнь (почечные колики, камни), артериальная гипертензия (для исключения почечной патологии как возможной причины), подозрение на воспалительные заболевания почек (пиелонефрит, гломерулонефрит, абсцесс почки), а также опухоли почек и кисты.

Абсолютных противопоказаний для УЗИ почек нет, так как ультразвук не несет лучевой нагрузки и полностью безопасен. К относительным ограничениям можно отнести наличие открытых ран или повреждений кожи в области исследования и выраженное ожирение (может снижать точность исследования).

При УЗИ оценивают анатомические особенности и внутреннюю структуру почек: определение размеров, формы, расположения, состояние тканей почек для выявления различных отклонений, в том числе врожденных особенностей и пороков развития.

Какую же патологию можно увидеть с помощью ультразвука?

Во-первых, это почечные камни (конкременты). При этом диагностика мелких конкрементов (менее 5 мм) не всегда возможна и очень сильно зависит от анатомических особенностей пациента (ожирение и метеоризм в кишечнике могут значительно снизить информативность исследования). Поэтому золотым стандартом диагностики мочекаменной болезни все же является КТ почек без контраста. И еще: никакой

«песок» в почках ультразвук увидеть не может – это фантазии доктора, проводящего диагностику.

С помощью УЗИ можно диагностировать гидронефроз (расширение чашечно-лоханочной системы почек) и иногда понять его причину (конкремент мочеточника). В этом случае мы осматриваем не только почки, но и расширенный просвет мочеточника, в котором можем увидеть конкременты. Довольно частыми находками при УЗИ являются кисты и опухоли почек. К сожалению, значительная часть опухолей почек, случайно выявляемых ультразвуком, являются злокачественными. Но достоверно отличить доброкачественную опухоль от злокачественной при УЗИ невозможно, поэтому все выявленные новообразования почек требуют обязательного дообследования – МРТ или КТ с обязательным контрастированием.

В некоторых случаях на УЗИ можно диагностировать воспалительные заболевания почек – пиелонефриты, гломерулонефриты, но их признаки часто нехарактерны. Например, в начале заболевания при УЗИ почки могут выглядеть абсолютно нормальными, и лишь в запущенных случаях при острой патологии мы видим изменения, в том числе в случае абсцесса или карбункула почки. Поэтому диагноз при воспалительных заболеваниях почек ставится на основе комплексной оценки. При неясном болевом синдроме ограничиваться только проведением УЗИ нельзя, необходима консультация уролога.

Случайными находками на УЗИ являются врожденные аномалии: например, удвоение почки, эктопия (неправильное положение), нефроптоз (опущение почки).

Дополнением к традиционному УЗИ почек является ультразвуковая оценка показателей кровотока в почечных артериях и венах (УЗИ сосудов почек). Она позволяет выявить стеноз почечной артерии как одну из возможных причин артериальной гипертензии.

УЗИ почек не требует специальной подготовки, однако, если пациента беспокоит метеоризм, рекомендуется за три дня до исследования соблюдать диету с исключением продуктов, вызывающих повышенное газообразование: сладкое, мучное, бобовые, жирное, молоко.

НАДПОЧЕЧНИКИ. Это парные эндокринные железы, расположенные над верхними полюсами почек, отвечают за эндокринную регуляцию различных процессов: водно-солевого обмена, поддержание артериального давления и объема крови, регуляцию углеводного, белкового и липидного обмена, подавление воспалительных и иммунных реакций. Кроме того, они обеспечивают адаптацию организма к стрессу и значительно влияют на артериальное давление и работу сердца, синтезируют предшественники половых гормонов.

Показаниями к УЗИ надпочечников являются: изменения содержания гормонов надпочечников в крови, гормональные нарушения, артериальная гипертензия (особенно устойчивая к лечению), оценка структуры и размеров надпочечников при системных заболеваниях (в том числе диагностика метастазов).

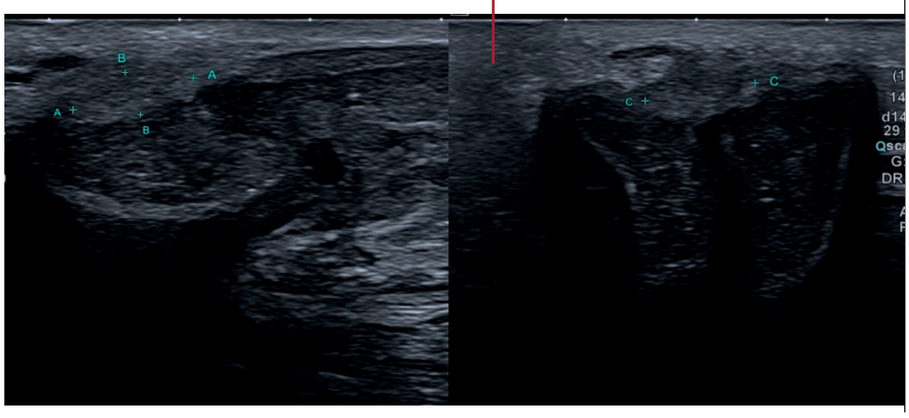
Возможности метода: мы можем видеть объемные образования надпочечника в условиях хорошей подготовки пациента, размерами от 1-2 см. УЗИ малоинформативно при малых размерах надпочечников или их аномальном расположении, а также у пациентов с ожирением или метеоризмом. И в целом осмотр зоны надпочечников является довольно проблемной для ультразвука, поэтому при отсутствии изменений на УЗИ, но при подозрении на опухоль надпочечника по результатам лабораторной диагностики, назначается КТ с контрастированием.

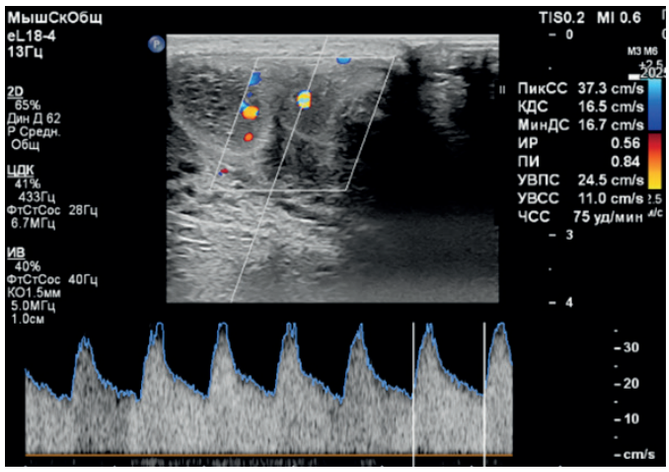
Для повышения эффективности УЗИ зоны надпочечников требуется подготовка: за 2-3 дня до исследования – диета с уменьшением газообразующих продуктов (молоко и молочные продукты, белый хлеб, сладкое и мучное, свежие фрукты и овощи, бобовые, жирное, жареное), а также прием ферментов с каждым приемом пищи и эспумизана 3 раза в день.

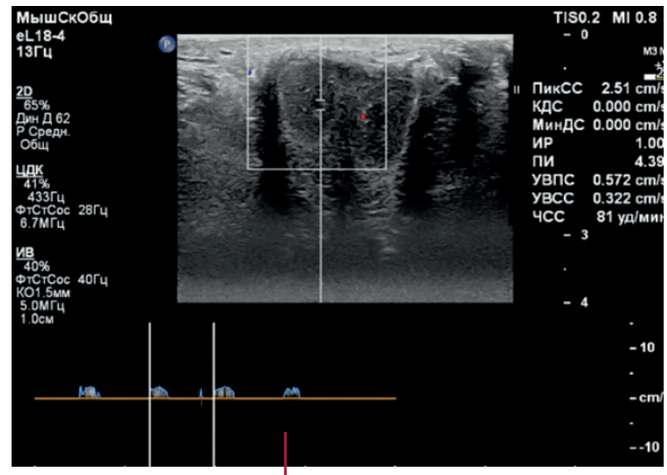
При УЗИ почек мы также осматриваем зону расположения мочеточников, в случае, когда видим их расширение. Ультразвуковое исследование мочеточников назначается в следующих случаях: подозрение на мочекаменную болезнь (поиск камней в мочеточниках), контроль отхождения конкремента мочеточника, подозрение на обструкцию мочевых путей (почечную колику), задержка мочи, подозрение на врожденные аномалии мочеточников (удвоение, сужение), травмы живота или пояс-ницы (для исключения повреждения мочеточника), подозрение на опухоли мочеточников или близлежащих органов, сдавливающих мочеточник.

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ. Для ультразвукового осмотра мочевого пузыря требуется его наполнение: необходимым считается объем мочи около 200-250 мл. При выполнении этого условия расправляется стенка и можно оптимально оценить ее структуру. Водная нагрузка перед исследованием позволяет оценить и мочеточниковые выбросы – момент поступления мочи из мочеточника в мочевой пузырь. Перед исследованием пациенту нужно выпить 700-1000 мл чистой воды без газа и не мочиться. Вначале мы делаем УЗИ при наполненном мочевом пузыре, затем осматриваем после мочеиспускания для оценки остаточного объема мочи и других возможных изменений.

БОЛЕЗНЬ ПЕЙРОНИ НА УЗИ – МЕТКАМИ ОТМЕЧЕНА «МЯГКАЯ БЛЯШКА» – ЛОКАЛЬНОЕ УТОЛЩЕНИЕ БЕЛОЧНОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА







МУЖЧИНА, 53 ГОДА, КУРИЛЬЩИК. ОККЛЮЗИЯ СОСУДОВ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Показаниями к УЗИ мочевого пузыря являются: боли и рези при мочеиспускании, наличие крови в моче, подозрение на камни, опухоли мочевого пузыря, задержка мочеиспускания или, наоборот, частые позывы к мочеиспусканию.

При остром и хроническом цистите структура мочевого пузыря может быть неизмененной, а вот при функциональных нарушениях: нейрогенном мочевом пузыре, повышенном или сниженном тонусе гладкой мускулатуры – мы можем видеть изменение формы мочевого пузыря и увеличенный объем остаточной мочи.

УЗИ репродуктивной системы у мужчин

МОШОНКА. УЗИ мошонки может быть назначено урологом при болях или дискомфорте в области мошонки, наличии отека или припухлости, асимметричного увеличения мошон-ки, при травме мошонки, подозрении на варикоцеле (расширение вен семенного канатика) или перекрут яичка (острое состояние, требующее срочной диагностики и оперативного лечения), в случае обнаружения уплотнений или новообразований (для диагностики кист, опухолей, гидроцеле и др.), а также при мужском факторе бесплодия и изменении в спермограмме.

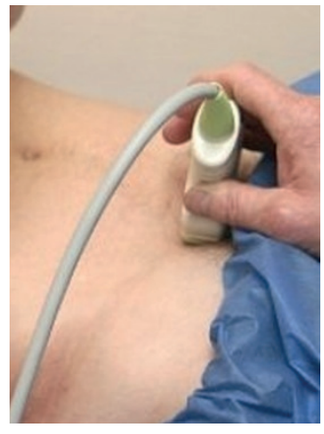
На УЗИ мошонки можно диагностировать: воспаление яичка и придатка яичка, наличие избыточного количества жидкости в мошонке (водянка или гидроцеле), кисты, опухоли, абсцессы, определить наличие и выраженность варикоцеле, а также такое грозное осложнение, как перекрут яичка, которое при несвоевременном оказании помощи может привести к некрозу яичка.

Очень важным, на мой взгляд, является то, что в Центре культуры здоровья «Олимп Пять» при проведении УЗИ мошонки возможно расширение исследования (на усмотрение врача ультразвуковой диагностики) для обнаружения паховой и бедренной грыжи, как возможной причины болевого синдрома при отсутствии патологии в мошонке.

ПРОСТАТА – «ВТОРОЕ СЕРДЦЕ» МУЖЧИНЫ. С помощью ультразвука предстательная железа может быть осмотрена разными способами: трансабдоминальное УЗИ (через брюшную стенку), в этом случае следует наполнить мочевой пузырь аналогично подготовке при УЗИ мочевого пузыря. Таким способом можно проводить исследование по поводу аденомы простаты (доброкачественной гиперплазии), в том числе при синдроме нижних мочевых путей (выявление причин задержки мочи). Трансабдоминально мы можем приблизительно оценить размеры и объем простаты перед любым консервативным, оперативным лечением или лучевой терапией, можем оценить динамику объема при консервативном лечении аденомы. Обязателен трансабдоминальный осмотр в случае острой задержки мочи для проведения дифференциальной диагностики ее возможных причин. При трансабдоминальном исследовании обязательно указывают размеры и объем железы, конфигурацию (форму гиперплазии), структуру простаты, наличие узлов, кист, кальцинатов. Заканчивают трансабдоминальное исследование определением объема остаточной мочи.

Трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) предстательной железы (через прямую кишку), при котором врач вводит тонкий датчик в прямую кишку, предварительно надев на него презерватив и смазав гелем. Процедура длится 5-15 минут, обладает намного более высокой точностью по сравнению с трансаб-

ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЕ УЗИ





доминальным осмотром, позволяет хорошо визуализировать простату и соседние органы. К недостаткам можно отнести легкий дискомфорт и необходимость очищения кишечника перед исследованием, однако высокая информативность метода их безусловно перекрывает.

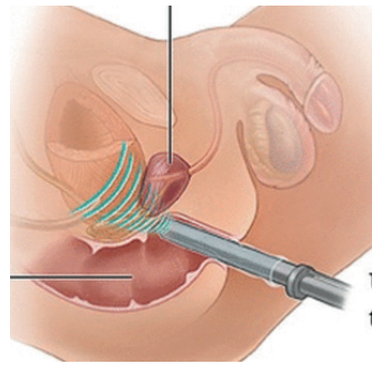
При ТРУЗИ проводится оценка размеров и объема простаты (как уже сказали, гораздо более точная, чем при осмотре через живот), состояния ткани железы. ТРУЗИ назначается при подозрении на рак простаты всем пациентам с повышением ПСА (простатспецифического антигена) или наличием подозрительного уплотнения по данным пальцевого ректального исследования, при хронической тазовой боли, а также при мужском бесплодии, наличии крови в сперме и дисфункции эякуляции и изменениях в спермограмме.

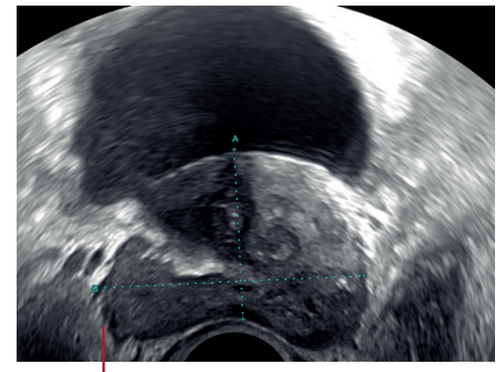
При выборе метода обследования простаты – трансабдоминальный или трансректальный – учитываются рекомендации уролога. Конечно, трансректальное исследование в большинстве случаев предпочтительнее, поскольку дает более точную информацию.

Подготовка: для трансабдоминального осмотра требуется наполнение мочевого пузыря, а для трансректального – очищение кишечника и также желательно наполнение мочевого пузыря для определения объема остаточной мочи.

Когда назначают УЗИ простаты? При подозрении на простатит, аденому, рак простаты, при нарушениях мочеиспускания (частые позывы, боль, слабая струя), при повышенном уровне ПСА в крови, появлении крови в моче или эякуляте, боли в промежности, малом тазу. Также важным показанием к исследованию является ежегодный скрининг для мужчин старше 40-50 лет для обнаружения заболеваний железы на начальной стадии.

Противопоказания для ТРУЗИ – острый воспалительный процесс или стриктура в прямой кишке, спазм анального сфинктера. В «Олимп Пять» трансректальное УЗИ предстательной железы может проводиться в мультипараметрическом формате – это когда орган осматривают не только в стандартном серошкальном режиме, но и с использованием специальной технологии, позволяющей видеть самые мелкие опухолевые сосуды. А также с применением эластографии – методики, которая позволяет определить жесткость выявленного образования и с самых первых признаков заподозрить наличие онкологического процесса.





ТРАНСРЕКТАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

По результатам УЗИ при подозрении на онкологию простаты назначают МРТ малого таза с контрастированием и биопсию простаты под ультразвуковым контролем.

ПОЛОВОЙ ЧЛЕН. Мягкие ткани полового члена также могут быть исследованы с помощью ультразвукового метода. Наиболее частыми показаниями являются: подозрение на болезнь Пейрони – диагностика фиброзных бляшек и деформации, в том числе оценка динамики на фоне лечения, травмы пениса – исключение разрывов белочной оболочки или гематом, опухоли и новообразования, аномалии развития.

При УЗИ проводится оценка анатомии (кавернозные тела, белочная оболочка, сосуды), выявление фиброзных изменений (при болезни Пейрони).

Диагностика сосудистой патологии полового члена, чаще всего приводящая к эректильной дисфункции, проводится с помощью специального ультразвукового дуплексного исследования сосудов (артерий и вен) полового члена с фармакологической пробой. Это диагностическая процедура, которая позволяет оценить кровоток в артериях и венах полового члена. При этом исследовании сначала сосуды полового члена осматривают в спокойном состоянии, потом проводится инъекция препарата вазапростан в пещеристое тело полового члена, который вызывает прилив крови и эрекцию. И затем на высоте действия препарата во время эрекции оценивают качество кровотока в артериях и венах полового члена.

Показания к УЗИ сосудов полового члена: дифференциальная диагностика причины эректильной дисфункции (артериогенная, веногенная или смешанная), оценка кровотока – выявление нарушений артериального или венозного кровообращения в половом члене, подозрение на сосудистую патологию (например, атеросклероз, травмы, болезнь Пейрони), исследование анатомических особенностей (например, фиброзных изменений, рубцов).

К противопоказаниям относятся острые воспалительные процессы в области исследования, тяжелые общесоматические заболевания (декомпенсированная сердечная недостаточность, артериальная гипотензия), поливалентная лекарственная аллергия, психические расстройства, мешающие проведению процедуры.

Резюме

Ультразвуковые методы исследования играют ключевую роль в диагностике и лечении заболеваний мочевыделительной системы. Ультразвуковое исследование безопасно, так как не несет лучевой нагрузки, и доступно: может быть выполнено в клинике, в стационаре и даже дома у пациента.

Кроме того, УЗИ – первичный и скрининговый метод в урологии, позволяющий быстро выявить множество патологий, распознать значительную часть заболеваний, в том числе онкологических, на ранней стадии.

В большинстве случаев никакой особой подготовки для проведения УЗИ не требуется или она минимальна. Нужно просто выбрать время и записаться на исследование. ■

Давайте реконструктивно!

или Новая эра мужской уверенности



Автор нашей очередной и в высшей степени интимной темы Павел Сергеевич КЫЗЛАСОВ – врач-уролог со стажем более 16 лет, д.м.н., профессор, эксперт мирового уровня в области урогинетальной хирургии (стажировки в Бельгии, Испании, Голландии, Англии), автор более 300 научных публикаций, 2-х книг и 10 патентов на изобретения инновационных методов лечения. Оперирует он в том числе и в Центре семейной медицины «Олимп Здоровья».

***

Долгие десятилетия в обществе существовал негласный стандарт: стремление к физическому совершенству и эстетической коррекции тела считалось исключительно женской прерогативой. Женщины открыто обсуждают и массово прибегают к маммопластике, ринопластике, подтяжке лица и интимной пластике. Для них забота о своем теле, включая его самые деликатные зоны, давно стала нормой и признаком любви к себе.

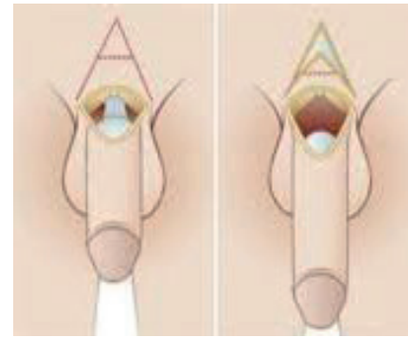
Мужчинам же предписывалось стоически принимать то, что дано природой. Считалось, что говорить о недовольстве собственным телом, а тем более интимной зоной – признак слабости. Однако сегодня этот стереотип стремительно рушится. Мы наблюдаем настоящий бум в сфере генитальной реконструктивной урологии: мужчины наконец-то осознали, что они тоже имеют полное право на эстетическое удовлетворение, сексуальный комфорт и высокое качество жизни.

Времена, когда проблемы в интимной сфере решались исключительно молчанием и развитием комплексов, уходят в прошлое. Мужская интимная пластика перестает быть табу и становится осознанным шагом к уверенности в себе.

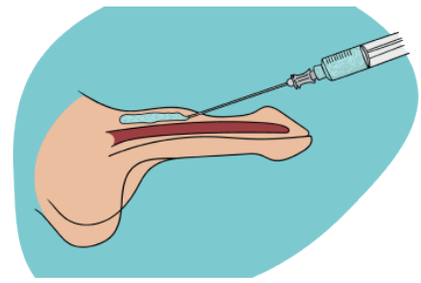
Эстетика и геометрия: Удлинение, утолщение и коррекция формы

Интерес к эстетической стороне вопроса растет в геометрической прогрессии. Мужчины обращаются к хирургам-урологам не только по медицинским показаниям, но и ради эстетического и психологического комфорта.

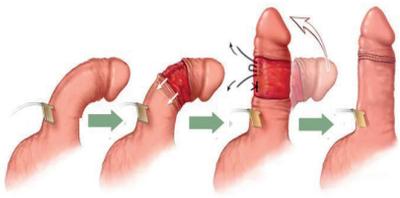
УДЛИНЕНИЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА (ЛИГАМЕНТОТОМИЯ): Эта операция, заключающаяся в рассечении поддерживающей связки, позволяет высвободить скрытую часть пениса, визуально и фактически увеличивая его длину. Для многих пациентов это становится ключом к избавлению от глубоких психологических зажимов.



УТОЛЩЕНИЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА: Современная медицина предлагает как безоперационные (введение объемобразующих препаратов), так и хирургические методы (липофилинг собственным жиром пациента, использование специальных биодеградируемых матриц). Это позволяет достичь желаемого объема и улучшить тактильные ощущения для обоих партнеров.



КОРРЕКЦИЯ ИСКРИВЛЕНИЙ: Врожденные деформации или болезнь Пейрони (искривление из-за образования бляшек) не только вызывают эстетический дискомфорт, но и могут делать половой акт болезненным или вовсе невозможным. Современные микрохирургические методики позволяют полностью



выпрямить половой член, возвращая мужчине полноценную сексуальную жизнь без потери чувствительности.

Контроль и мощь: управление временем и фаллопротезирование

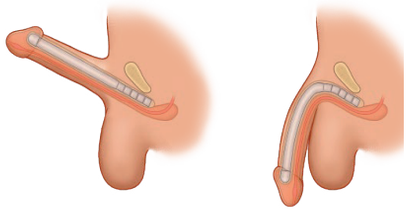
Сексуальная функция – это фундамент мужской самооценки. И здесь реконструктивная урология предлагает решения, которые еще 20 лет назад казались фантастикой.

УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПОЛОВОГО АКТА. Преждевременная эякуляция – проблема, отравляющая жизнь миллионам мужчин. Когда консервативные методы (таблетки, спреи) не работают или вызывают побочные эффекты, на помощь приходит хирургия.

Микрохирургическая денервация головки полового члена или введение филлеров на основе гиалуроновой кислоты для снижения ее гиперчувствительности позволяют мужчине взять процесс под полный контроль, кратно увеличивая длительность полового акта и качество секса.

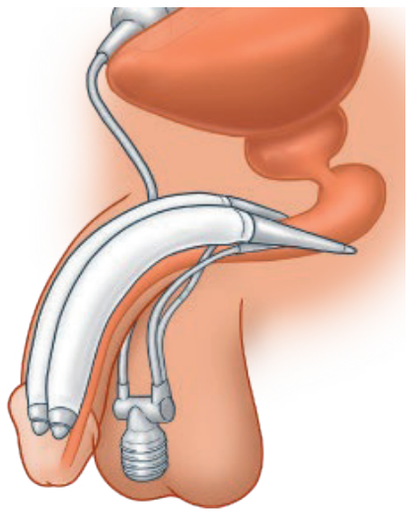
Фаллопротезирование

В случаях тяжелой эректильной дисфункции, когда медикаменты бессильны (например, после радикальных операций на простате, при тяжелом сахарном диабете или сосудистых патологиях), имплантация фаллопротезов становится настоящим спасением. Сегодня применяются два основных типа имплантов:



РИГИДНЫЕ (ПОЛУЖЕСТКИЕ) ПРОТЕЗЫ: Простые и надежные конструкции, которые обеспечивают постоянную готовность к половому акту. Они пластичны, что позволяет придавать пенису нужное положение для секса или скрывать его в повседневной жизни.

ТРЕХКОМПОНЕНТНЫЕ (НАДУВНЫЕ) ПРОТЕЗЫ: Золотой стандарт современной андрологии. Они состоят из цилиндров в пенисе, резервуара с жидкостью в животе и помпы в мошонке. Эта система полностью имитирует естественную эрекцию – как визуально, так и тактильно. В расслабленном состоянии протез абсолютно незаметен, а активируется всего парой нажатий на помпу.

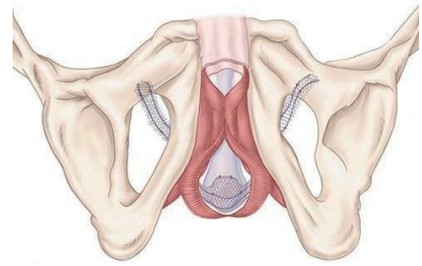


Возвращение достоинства: коррекция недержания мочи

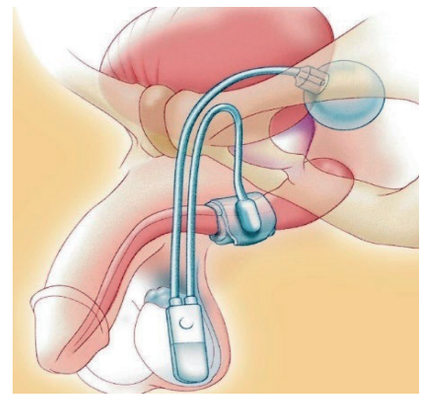
Качество жизни мужчины измеряется не только сексуальными победами, но и базовым физиологическим комфортом. Недержание мочи – тихая эпидемия, с которой сталкиваются мужчины старшего возраста или перенесшие операции на предстательной железе. Страх протекания, необходимость носить урологические прокладки, отказ от спорта и активной социальной жизни – все это наносит колоссальный удар по мужскому самолюбию.

Сегодня эта проблема успешно решается хирургическим путем:

МУЖСКИЕ СЛИНГОВЫЕ СИСТЕМЫ (ПЕТЛИ): устанавливаются под мочеиспускательный канал, обеспечивая ему необходимую поддержку при легкой и средней степени недержания.



ИСКУССТВЕННЫЙ СФИНКТЕР МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: высокотехнологичное устройство, которое имплантируется при тяжелых формах недержания. Оно берет



на себя функцию естественного сфинктера, позволяя мужчине удерживать мочу и опорожнять мочевой пузырь нажатием скрытой помпы. Это устройство возвращает пациентам 100% контроль над своим телом.

Заключение

Обращение к урологу-андрологу за улучшением своих анатомических или функциональных данных сегодня – это акт заботы о себе, своем здоровье и своей партнерши. Современная медицина способна вернуть мужчине не только утраченные функции, но и самое главное – уверенность в собственных силах. ■

Он – лечится!



Откровенный разговор о раке простаты

О диагнозе, который вводит мужчин в состояние шока, и его перспективах – в статье врача-уролога «Олимпа Здоровья» (стаж 12 лет) Игоря ЗАБОЛОТСКОГО.

***

Когда на приеме у уролога звучит диагноз «рак предстательной железы», для многих мужчин это становится приговором. Я часто вижу в глазах пациентов страх, который порой страшнее самой болезни. Но позвольте мне как врачу заявить прямо: рак предстательной железы – это не приговор, а заболевание, которое успешно лечится. Более того, при своевременном выявлении мы можем не просто продлить жизнь, но и сохранить ее высокое качество. Сегодня мы поговорим о том, почему не нужно бояться, как взять ситуацию под контроль и какие подводные камни подстерегают нас на пути к здоровью.

Опасность тишины: коварство бессимптомного течения

Это одно из самых коварных заболеваний: на ранних стадиях рак простаты протекает полностью бессимптомно. Именно поэтому мужчина может чувствовать себя абсолютно здоровым, пока болезнь не перейдет в запущенную стадию. Ни боли, ни дискомфорта, ни нарушений мочеиспускания – ничего, что заставило бы насторожиться. Эта «тишина» – главный враг. И единственный способ ее нарушить – регулярная диагностика, не дожидаясь сигналов организма.

Миф о неизбежности: лечиться можно и нужно

Главная трагедия урологической онкологии заключается в том, что мужчины приходят к врачу слишком поздно. Не потому, что болезнь протекает скрыто, а потому, что

существует психологический барьер: «Лучше не знать, если ничего не болит». Это фатальная ошибка.

Современная медицина обладает колоссальным арсеналом методов: высокотехнологичные операции (лапароскопическая и роботическая хирургия), лучевая терапия (дистанционная, брахитерапия), медикаментозное лечение. На ранних стадиях, когда опухоль «сидит» в капсуле простаты, излечение достигается в 95-98% случаев. Поэтому первое, что я рекомендую сделать пациенту, услышавшему этот диагноз – глубоко вдохнуть, выдохнуть и начать действовать по четкому плану.

Диспансерный учет: ваш «щит» и «меч»

Многие пациенты спрашивают: «Зачем мне становиться на учет, если я чувствую себя здоровым?» Я объясняю так: диспансерный учет – это не клеймо, это система персонального мониторинга.

Когда пациент состоит на учете у уролога-онколога, врач не просто «наблюдает». Он контролирует динамику уровня ПСА, проводит обследования (УЗИ, МРТ, МСКТ). При диспансерном подходе мы имеем возможность поймать момент, когда болезнь только пытается вернуться (при уже пролеченном процессе) или начинает прогрессировать. Это позволяет избежать агрессивного лечения, перехода процесса в метастатическую стадию и сохранить пациенту годы активной жизни.

ПСА после 40: вопрос возраста и бдительности

Отдельно хочу обратиться к мужчинам, которым кажется, что «до 50 еще рано переживать». Рак простаты стремительно молодеет. Если еще 10-15 лет назад мы считали это заболеванием пациентов старше 65-70 лет, то сегодня все чаще выявляем агрессивные формы у мужчин 40-45 лет, а иногда и младше.

Поэтому мой совет категоричен: первый анализ на простат-специфический антиген (ПСА) мужчина должен сдать в 40 лет. Это не дань моде, это скрининг. Полученное значение становится вашей «точкой отсчета». Даже если уровень ПСА чуть выше нормы, это не значит «рак». Это значит «внимание». Это повод провести углубленную диагностику (МРТ, биопсию) и исключить опасность. Помните: рак, обнаруженный в 40-45 лет, при своевременном лечении позволяет сохранить не только жизнь, но и активность, в том числе репродуктивную функцию.

«Молодые» раки: почему это происходит?

Врачи всего мира бьют тревогу: онкологические заболевания урологического профиля действительно «помолодели». С чем это связано? Экология, стресс, особенности питания (избыток жиров и «фастфуда»), низкая физическая активность, инфекционные заболевания и, что немаловажно, позднее обращение за медицинской помощью. Молодые мужчины списывают первые симптомы (учащенное мочеиспускание, дискомфорт) на простатит или усталость, не придавая этому значения. Но именно настороженность и регулярная диагностика – главное оружие в борьбе с этой тенденцией.

ПЕРВЫЙ АНАЛИЗ НА ПРОСТАТ-СПЕЦИФИЧЕСКИЙ АНТИГЕН (ПСА) МУЖЧИНА ДОЛЖЕН СДАТЬ В 40 ЛЕТ.

Физиотерапия в домашних условиях: польза или вред?

В последние годы домашняя физиотерапия стала очень популярной. Пациенты приобретают различные приборы: магнитотерапевтические аппараты (низкочастотная магнитотерапия), лазерные излучатели (низкоинтенсивное лазерное излучение), вибрационные массажеры для промежности, тепловые аппликаторы и электромиостимуляторы. Все они позиционируются производителями как средства для лечения «мужских проблем», включая простатит.

Я как врач должен четко разделить две ситуации.

Для пациентов с хроническим простатитом (доброкачественным воспалением) некоторые из этих методов действительно могут быть полезны в комплексной терапии по назначению врача. Магнитотерапия улучшает микроциркуляцию, лазерное воздействие оказывает противовоспалительный эффект, умеренное тепло снимает спазм. Однако даже в этом случае любое домашнее физиолечение должно начинаться только после очной консультации уролога.

Однако! Если у пациента диагностирован рак предстательной железы или есть подозрение на злокачественный процесс, ситуация меняется кардинально. Любое физическое воздействие на область таза – будь то магнитное поле, лазер, вибрация или тепловые процедуры – противопоказано. Почему? Эти воздействия усиливают кровоток в зоне расположения предстательной железы, стимулируют рост опухоли и способствуют распространению раковых клеток.

Поэтому мое правило простое: прежде чем начать использовать любые физиотерапевтические приборы в домашних условиях, вы должны быть абсолютно уверены в отсутствии онкологического диагноза.

Современная диагностика: взгляд из-за рубежа

По данным ведущих мировых урологических сообществ (EAU, AUA), опубликованным в 2025–2026 годах, диагностика рака простаты становится все более точной и менее пугающей для пациентов. Хочу поделиться тремя ключевыми тенденциями, которые уже меняют подход к этому заболеванию за рубежом и постепенно внедряются у нас.

А. Снижение инвазивности: на пороге отказа от биопсий

Сегодня мы стоим на пороге того, чтобы заменить часть биопсий на передовые методы визуализации. Результаты крупного исследования PRIMARY2, представленные на Европейском конгрессе урологов в марте 2026 года, показали, что использование PSMA-ПЭТ/КТ позволяет безопасно сократить количество биопсий предстательной железы вдвое у



мужчин с неоднозначными результатами МРТ. Кроме того, разрабатываются новые анализы спермы и крови (так называемые «жидкие биопсии»), которые с высокой точностью помогают исключить наличие агрессивного рака. Это значит, что инвазивное вмешательство (биопсия) будет выполняться только тем, кому оно действительно необходимо.

Б. Наследственность: внимание на семейный анамнез

Зарубежные исследования (IMPACT study, European Urology, 2026) подтвердили: мужчины – носители мутаций генов BRCA1 и BRCA2 имеют значительно более высокий риск развития агрессивных форм рака простаты. Важно, что эти мутации передаются по наследству и связаны также с риском развития рака молочной железы и яичников у женщин в семье. Если у ваших близких родственниц (матери, сестры) были такие заболевания – это веский повод обратиться к урологу раньше, чем в 40 лет, и сообщить врачу о семейном анамнезе. Знание этой связи помогает вовремя взять ситуацию под контроль.

В. Активное наблюдение: право не спешить

Одно из самых важных открытий последних лет, представленное в Journal of Clinical Oncology (ASCO, 2026): при раке простаты низкого и даже умеренного риска (Gleason 7) не всегда нужно немедленное радикальное лечение. Тактика активного наблюдения (регулярный контроль вместо срочной операции) показала 10-летние результаты: частота метастазирования составила всего 3,4%, а смертность от рака простаты в этой группе – 0%. Это позволяет мужчинам избежать осложнений (недержание мочи, эректильная дисфункция) и сохранить качество жизни, оставаясь под надежным контролем врача.

Заключение

Дорогие пациенты, подводя итог, хочу сказать вам главное: рак предстательной железы – это не конец, а этап, который можно пройти.

Современная медицина шагнула далеко вперед. У нас есть точные методы диагностики, щадящие способы лечения и возможность наблюдения без вмешательства, когда это безопасно. Мы умеем лечить и лечим успешно. Но есть условие, без которого даже самые лучшие технологии бессильны: ваше своевременное обращение.

Не ждите симптомов – их может не быть. Не ждите 50 лет – рак молодеет. Не бойтесь сдать анализ крови – это занимает минуту. Не стесняйтесь прийти к урологу – мы на вашей стороне.

Помните: ПСА после 40, диспансерный учет при выявленных изменениях, честный разговор с врачом о семейном анамнезе и осторожность с домашней физиотерапией до исключения онкологии – вот ваши главные союзники.

Приходите вовремя. Мы справимся. Вместе. ■

Лишнее напряжение

О проблемах с тазовыми мышцами у мужчин

У человека есть таз, в нем есть мышцы – значит, с ними могут быть проблемы, даже если ты – мужчина. Более информативно – в статье тазового терапевта Центра культуры здоровья «Олимп Пять» Инны РОЕВОЙ.



***



Принято считать, что проблемы с мышцами тазового дна (МТД) – это женская тема, мужчин не касается. Однако это не так. Мужчины сталкиваются с нарушением работы МТД реже, чем слабый пол, но именно о проблемах мужчин мы поговорим.

Дисфункция МТД у мужчин проявляется хроническими тазовыми болями, сексуальными расстройствами, нарушением мочеиспускания, дисфункцией кишечника и т.д. Основными причинами являются хронические воспаления, травмы, последствия операций, гипертонус мышц и прочее. И именно на гипертонусе МТД хочется остановиться подробнее.

Так что же такое гипертонус МТД?

Это состояние стойкого спазма, вызывающее хроническую боль в промежности и смежных областях, а также сексуальную дисфункцию и проблемы с мочеиспусканием.

Как тазовый терапевт, хочу коротко остановиться на том, как ЛФК помогает мужчинам преодолеть гипертонус МТД. Главное правило: мышцу не качают, мышцу учат «отпускать». Сразу развею частое заблуждение. Услышав «упражнения для тазового дна», мужчина обычно вспоминает про Кегеля и начинает усердно «подкачивать» промежность. При гипертонусе это движение в обратную сторону: спазмированную мышцу нельзя нагружать на силу, ее нужно научить расслабляться и возвращаться к нормальному тонусу. Поэтому вся программа выстроена не вокруг напряжения, а вокруг мягкого восстановления – и именно поэтому самостоятельные «тренировки по интернету» здесь часто вредят.

Дыхание – фундамент всего

Любое занятие мы начинаем с дыхания. Диафрагма и мышцы тазового дна работают как единая система: на вдохе они мягко опускаются, на выдохе поднимаются. Диафрагмальное дыхание – медленный вдох «в живот», без подъема плеч, и спокойный длинный выдох – снимает избыточное напряжение и буквально «перезагружает» этот тонус. Мужчина заново учится чувствовать собственное тазовое дно и сознательно его расслаблять. С этого навыка начинается все остальное.

Растяжка и снятие зажимов

Тазовое дно не существует отдельно – оно «вплетено» в работу бедер, ягодиц, поясницы, пресса. Когда сидячая работа и стресс зажимают эти зоны, страдает и таз. Поэтому в программу входят мягкие растяжки сгибателей бедра, приводящих мышц, ягодиц и грушевидной мышцы, работа над подвижностью тазобедренных суставов. Движения неторопливые, без боли и рывков: задача – вернуть тканям эластичность, а не «дотянуться любой ценой».

Миофасциальное расслабление (МФР) с ролом и мячом

Следующий слой – работа с фасциями, плотной оболочкой мышц. С помощью массажного рола и мяча мы аккуратно прорабатываем напряженные участки ягодиц, бедер, зоны вокруг таза, снимая локальные спазмы и улучшая кровоток. Все дозированно и под контролем: давление мягкое, без агрессии, особенно в чувствительных областях. Это не «продавить посильнее», а помочь тканям отпустить накопленное напряжение.

Занятие и домашняя практика

Проходит все в отдельном зале, в спокойной, доброжелательной обстановке – без спешки и лишних глаз, что для мужчин в этой теме особенно важно. Программа всегда индивидуальна: я подбираю упражнения под конкретного человека, его симптомы и физическую форму. Часть навыков – дыхание, простые растяжки, расслабление – мы отрабатываем так, чтобы мужчина мог продолжать дома 10-15 минут в день. Регулярность здесь решает больше, чем интенсивность.

Почему это важно?

Гипертонус тазового дна – это не про «потерпеть». Это ежедневный дискомфорт, который бьет по сну, работе, интимной жизни и в итоге по самоощущению мужчины. ЛФК работает с причиной, а не маскирует симптом, и делает это без лишней медикаментозной нагрузки – ровно в логике активного долголетия и качества жизни. А в связке с медикаментозной терапией, физио- и психотерапией результат приходит быстрее и держится дольше.

Будьте здоровы! ■



Когда простата – ни при чем

Нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей под маской доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Не всегда во всем виновата предстательная железа. Не знали? Больше информации – в статье врача-уролога (стаж 8 лет), врача УЗ диагностики Дарьи БАРАМОНОВОЙ.



***

В большинстве случаев мужчины во всех проблемах с мочеиспусканием винят только аденому простаты, но на деле причиной может быть «заболевание нервов» – нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей (НДНМП).

Симптомы при нейрогенной дисфункции и аденоме простаты крайне похожи между собой: слабая струя мочи; чувство, что пузырь не опустел полностью; прерывистое или затрудненное мочеиспускание с натуживанием, недержание, внезапные позывы с подтеканием, частые походы в туалет (даже ночью) и повторяющиеся инфекции (простатит, цистит, орхит).

Все вышеперечисленное звучит как классика аденомы. Но если предстательная железа небольшая (особенно у мужчин до 50 лет), если есть проблемы неврологического характера в прошлом или параллельно с развитием данных симптомов появились такие явления, как: тремор кистей и пальцев рук в покое, замедленность движений, скованность мышц, проблемы с мелкой моторикой, нарушение почерка, шаткость в походке, головокружение, нарушение сна, повышенная утомляемость, нарушения зрения и речи, нарушение работы кишечника, – то это всегда веский повод, чтобы обратиться к нейроурологу, ведь это может быть нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей.

Почему же развивается нейрогенная дисфункция?

В результате неврологического заболевания или травмы происходит повреждение нервов и нарушается нервно-мышечная связь: мышцы перестают нормально расслабляться и сокращаться, в результате чего нарушается физиологический процесс наполнения и опорожнения моче-

вого пузыря. Характер нейрогенной дисфункции зависит от локализации и степени выраженности неврологических нарушений.

Заболевания, которые могут протекать «под маской» доброкачественной гиперплазии предстательной железы:

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ (РС) чаще встречается у молодых людей. В 10% случаев нарушения мочеиспускания наблюдаются в дебюте заболевания, а иногда возникают как моносимптом, имея характер острой задержки мочи или остро развившегося ургентного недержания мочи. Половина пациентов с РС имеют постоянные проблемы с мочевым пузырем. С течением времени симптомы прогрессируют, маскируясь под симптомы ДГПЖ.

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА развивается обычно после 50 лет. Со стороны мочевыделительной системы чаще беспокоят пациентов ургентные (острые) позывы к мочеиспусканию (50-70% случаев), недержание мочи на высоте позыва, учащенное мочеиспускание, ночные мочеиспускания – похоже на симптомы аденомы простаты.

При двух перечисленных выше заболеваниях терапия основного заболевания, а также симптоматическая терапия, физиолечение позволяют нивелировать симптомы, отсрочить хирургическое лечение или вовсе избежать его.

МУЛЬТИСИСТЕМНАЯ АТРОФИЯ наиболее часто встречается после 50 лет. При данном заболевании нарушения мочеиспускания характеризуются частыми внезапными позывами к мочеиспусканию, которые невозможно отложить (в том числе и ночью), недержанием и задержкой мочи. Проявления мультисистемной атрофии в таком возрасте сопряжены с развитием симптомов ДГПЖ. И одно заболевание ухудшает течение другого. Таких мужчин лучше не оперировать, потому что операция приведет к ухудшению общего состояния и может укоротить продолжительность жизни пациента. Помогает консервативная терапия, физическая реабилитация и периодическая самокатетеризация.

НАЛИЧИЕ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА (МПД) также может вызвать симптомы, характерные для аденомы предстательной железы. Время появления нарушений мочеиспускания, связанных с грыжами МПД, обычно соотносится с проведением операции по поводу этой грыжи (незадолго до и все время после операции). Симптомы такие же, как и при аденоме простаты: слабый напор струи мочи, необходимость в натуживании при мочеиспускании. Внимательный нейрохирург обратит внимание на качество мочеиспускания у мужчины до и после операции. Пациент отмечает, что не может расслабиться и помочиться, как раньше. При данных нарушениях обычно страдает также дефекация (появляются запоры). Почему такие пациенты часто остаются в тени врачебного внимания? Нейрохирург смотрит снимки позвоночника, видит нормальное расположение нервов. Невролог проверяет рефлексы по всему телу, не находит патологии. А нейроуролог раздевает пациента «ниже пояса», оценивает чувствительность кожи и рефлексы на промежности. И тут-то находит грозные изменения. Такой осмотр проводит только нейроуролог. Далее, чтобы подтвердить нейрогенные нарушения (вызванные повреждением нервов), врач выполняет специальное исследование. И подбирает тот метод лечения, который подходит в каждом конкретном случае. Чаще всего – это самостоятельная катетеризация мочевого пузыря, которую пациент будет выполнять до восстановления нервной проводимости, которая тоже оценивается только при нейроурологическом исследовании.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ЦИСТОПАТИЯ (при сахарном диабете) проявляется спустя длительное время от начала заболевания. Связана с диабетической ангиопатией (патологией сосудов) и нарушением питания периферических нервных окончаний. По этой причине возникают метаболические нарушения в нервных клетках и, как следствие, снижение нервной проводимости. Основной симптом – это нарушение чувствительности мочевого пузыря: исчезает адекватный позыв к мочеиспусканию, уменьшается напор струи мочи, что постепенно приводит к хронической задержке мочеиспускания. В самом начале диабетическая цистопатия может проявляться только лишь учащенным мочеиспусканием, а затем уже появляются указанные выше симптомы. Как мы видим, проявления диабетической цистопатии тоже похожи на аденому.

Что же делает нейроуролог, чтобы помочь пациенту?

В первую очередь это сбор анамнеза (опрос): здесь важны детали развития заболевания. Затем – осмотр пациента, оценка чувствительности кожи и рефлексов промежности. Нейроуролог попросит заполнить дневник мочеиспусканий и проведет его анализ (дневник мочеиспусканий является важным и незаменимым объективным «инструментом» для диагностики нарушений мочеиспускания). Также необходима базовая лабораторно-инструментальная диагностика (анализы крови, УЗИ МПС, урофлоуметрия, уретроцистоскопия, уретрография) для исключения других заболеваний мочевыделительной системы.

Только после всех вышеперечисленных пунктов наступает следующий этап – комплексное уродинамическое исследование (КУДИ). Это небольшое инвазивное исследование, которое позволяет оценить функциональное состояние мочевого пузыря и мочеиспускательного канала в фазу накопления мочи, ее сохранения (удержания) и опорожнения. То есть помогает нам понять, «кто виноват» в развитии симптомов. Если есть подозрение, что состояние связано с проблемами нервной системы, то потребуется консультация невролога, назначение компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии спинного и головного мозга.

Как мы видим, операция – это не всегда ключ к здоровью. Некоторые заболевания «предпочитают» длительную консервативную терапию, физиолечение, реабилитацию. Поэтому детальная диагностика и мультидисциплинарный подход – это основа для определения тактики ведения пациентов в «сложных» и неоднозначных клинических ситуациях. Только при этом сочетании возможно достичь хорошего качества жизни. ■

ОЛИМП ЗДОРОВЬЯ

ГРУППА КОМПАНИЙ

olimp-medgroup.ru

Группа компаний «Олимп Здоровья»

Сеть частных многопрофильных клиник в России. Точная диагностика, высокотехнологичная хирургия и бережная реабилитация. Уникальный формат: от сложнейшего лечения до курортного отдыха.

2 региона
Воронеж и Москва

10
медицинских центров

с 2018 г.
на рынке частных медицинских услуг

>3 млн
визитов в ГК «Олимп Здоровья»

450+
врачей

157
кандидатов медицинских наук

18
докторов медицинских наук

14
профессоров

>100
медицинских специальностей

4 000+
медицинского оборудования

18 000+
хирургических операций за год

Обращение главного врача Центра семейной медицины «Олимп Здоровья» **Евгении Борзых:**

Дорогие женщины!



Как главный врач, я каждый день вижу одну и ту же картину: вы тащите своих мужчин к здоровью практически силой. Вы уговариваете, пугаете, умоляете, записываете на прием тайком, а потом слышите: «Да нормально все», «Само пройдет». Знакомо?

Но я пишу этот текст не как врач – я пишу как человек, который вас прекрасно понимает. И хочу дать вам несколько жестких, но работающих советов. Потому что ваши мужчины – люди с низкой профилактической дисциплиной. При этом – лучшие, любимые и незаменимые, которые искренне верят, что болеть – стыдно, а лечиться – не по-мужски.

Что на самом деле происходит?

Например, пока ваш муж/отец/сын храбрится, в его сосудах тихо зреет атеросклероз. Давление ползет вверх. Печень тихо перестает справляться. И все это – без боли. А потом – бац! И вы уже в реанимации с подписью «инфаркт», «инсульт» и так далее. Его можно было спасти за 1-2 дня чекапа раз в год. Но он не пошел.

Почему они не идут?

Потому что боятся. Не иголок, боятся перестать быть опорой. Признать, что их броня дает трещину. Им кажется: если врач скажет «ты болен», рухнет все – семья, работа, их образ «крепкого мужика».

И здесь нужны не ваши эмоции, а ваша стратегия.

Ваш план действий (проверен на сотнях пар):

1. Никаких угроз и нравоучений. Фразы «Ты себя не бережешь!» или «Сходи к врачу, пока не поздно» работают как красная тряпка. Вместо этого скажите: «Мне страшно. Я хочу состариться с тобой. Пожалуйста, сделай это для меня – не для себя». Мужчины принимают вызов, когда речь о защите других.
2. Превратите чекап в техническое обслуживание. Скажите: «Ты же делаешь ТО машине раз в год. Даже если лампочки не горят. Твое тело важнее». Мужчины обожают аналогии с механизмами.
3. Назначьте все сами. Выберите клинику, время, оплатите. Скажите: «В субботу в 10 утра мы с тобой идем сдаем кровь. Я записала. После этого – обед в твоем любимом месте». Не оставляйте пространства для отказа.
4. Идите с ним. Не «отпусти», а «пойдем вместе». И свои анализы сдадите заодно.
5. Самое страшное скажите вслух, но спокойно: «Дорогой, если ты умрешь в 55 от инфаркта, я останусь одна с ипотекой и детьми. Я этого не переживу. Пожалуйста». Без истерики. Факт.

Что требовать от врача («мужской минимум»):

– давление и ЭКГ;
– липидный профиль (холестерин и фракции);
– глюкоза и гликированный гемоглобин;
– ПСА (после 40 лет);
– УЗИ брюшной полости;
– ФГДС и колоноскопия – особенно если курит или часто выпивает;
– консультация уролога.

Это стоит, как ужин в ресторане, но может значительно продлить жизнь.

Дорогие женщины, самое главное. Вы не няньки. Вы не обязаны тащить мужчину к его здоровью на аркане. Но я вас прошу: не сдавайтесь после первого «нет». Потому что потом может быть поздно.

Вы – его самый мощный антибиотик. Используйте свою женскую хитрость, любовь и даже немного шантажа (да-да, ласку за результат – работает безотказно).

Пожалуйста, берегите своих упрямых героев. Одни врачи без вас не справятся. ■

ОЛИМП ЗДОРОВЬЯ
ГРУППА КОМПАНИЙ

Единый номер телефона
8 (800) 450 30 30

Группа компаний «Олимп Здоровья»



«Олимп Клиник Огни»
Москва, Чапаевский переулок, дом 3
8 (800) 707-54-39
www.ogni.clinic
Разумная доказательная медицина для всей семьи



«Олимп Клиник»
Москва, ул. Садовая-Сухаревская, 7/1
8 (800) 500-07-02
www.olymp.clinic
Клиника эстетической медицины



«Олимп Клиник МАРС»
Москва, 1-я Ямского Поля ул., 15
+7(495) 255-50-03
https://olymp.clinic/clinics/mars/
Современный многопрофильный медицинский центр

«Созвездие Олимпа»
ул. Маршала Одинцова, 256/1
+7 (473) 211-34-13
olimp03.ru/sozvezdie-olimpa
Сеть клиник у дома

«Созвездие Олимпа»
ул. Минская, 45/3
+7 (473) 211-34-13
olimp03.ru/sozvezdie-olimpa
Сеть клиник у дома

«Созвездие Олимпа»
Фридриха Энгельса, 20
+7 (473) 223-03-03
Комплексный подход к диагностике и лечению нарушений зрения



Клиника «Олимпия»
ул. 9 Января, 32
olympia03.ru
Инновационная медицинская косметология



Клиника семейной медицины «Эвкалипт»
ул. Путиловская, 19а
evkaliptmed.ru
Круглосуточная медицинская помощь

Центр семейной медицины «Олимп Здоровья»
ул. Театральная, 23/1
olimp03.ru
С вами от рождения до активного долголетия!





Центр культуры здоровья «Олимп Пять»
ул. Моисеева, 2/2
olimp5.ru
Мировые практики восстановительной медицины



Санаторий «Дон»
ул. Кленовая Аллея, 6.
donresort.ru
Лечебные процедуры и оздоровительный отдых