**Функциональные расстройства предстательной железы**

Эти расстройства связывают обычно с частыми и продолжительными приливами крови к ней (при чрезмерном эротическом возбуждении и половых эксцессах) или с застоем её секрета (при отсутствии сексуального удовлетворения или длительном воздержании). Анатомические особенности венозных сплетений в органах малого таза создают предпосылки для венозного застоя не только в результате сексуальных эксцессов, но и при малоподвижном, сидячем образе жизни и определённом питании. Наиболее уязвимой при этом оказывается предстательная железа – настоящий лабиринт плохо дренируемых железистых долек. Длительное венозное полнокровие предстательной железы способствует развитию в ней дистрофических процессов и задержке эвакуации секрета. Вполне понятно, что такие явления вызывают необычные ощущения в области половых органов.

Важнейшим патогенетическим фактором утяжеления функциональных расстройств становится в таких случаях боязнь резкого усиления болезненных ощущений при эякуляции или заражения жены, ухудшения своего состояния и грядущей импотенции. Эта боязнь постепенно перерастает в стойкий страх половых контактов – более или менее выраженную коитусофобию с отказом от половой жизни вообще. При крайних степенях коитусофобии единственным источником получения сексуального удовлетворения становится мастурбация. Всё более заметное снижение либидо и возникающая на фоне страха и тревоги психическая импотенция обрекают таких больных на уже вынужденное воздержание, а четкая тенденция к затяжному течению страдания делает это воздержание достаточно продолжительным. Постоянная сексуальная неудовлетворённость (когда больные не хотят смириться со своим вынужденным воздержанием и в то же время не в силах прервать его, поскольку страхи оказываются сильнее полового влечения) , нередко культивируемый в качестве «меры отчаянья» онанизм и тенденция к заурядным при депрессиях запорам создают чрезвычайно благоприятные условия для застоя крови в органах малого таза и усугубления функциональных расстройств. Именно эти пациенты (отказывающиеся от половой жизни, но прибегающие к своеобразным её суррогатам в связи с ещё не утраченным либидо) способствуют распространению среди практических врачей мнению о вреде онанизма и воздержания.

«Половая локализация» депрессии вовсе не требует, таким образом, обязательного истинного простатита или уретрита в анамнезе. Прочитав или услышав, что воспаление предстательной железы вызывается микроорганизмами, больной, охваченный страшными сомнениями и подозрениями, начинает искать в своей жизни изначальную причину своего страдания и связывает его чаще всего с каким-либо случайным или «подозрительным» половым контактом. Указания на тяжёлый простатит в анамнезе, не подтверждённый лабораторными исследованиями, свидетельствует чаще всего о наличии психосоматических расстройств, чем о наличии действительно урологических патологий. Даже подлинный простатит в анамнезе не означает ещё истинного обострения при появлении у больного соответствующих жалоб. Тщательное ознакомление со всей научно-популярной литературой по этому вопросу открывает перед перепуганным пациентом жуткую перспективу неизбежной якобы импотенции и других последствий данного заболевания (вплоть до сепсиса и летального исхода при образовании абсцесса и прорыве его в окружающие ткани). Чем выраженнее аффективные нарушения, тем вероятнее клиническая картина асептического псевдопростатита в дальнейшем, при развитии у больного астенодепрессивного состояния. Материальным субстратом, активно подстёгивающим ипохондрические страхи и тревогу больного, оказывается нередко уретрорея – выделение из уретры нескольких капель, а иногда и более значительного объёма бесцветной и тягучей стекловидной жидкости при повышении секреции уретральных желез.

Центром кристаллизации ипохондрических представлений больного о тяжести своего состояния и пожизненном половом бессилии становится нередкая при депрессивных состояниях простаторея («секреторный невроз предстательной железы») – выделение нормального неизменённого секрета предстательной железы по утрам (особенно при дефекации и в конце мочеиспускания) у лиц, никогда не страдавших гонорее и другими венерическими заболеваниями. Наиболее заурядной «первопричиной» простатореи при депрессивных состояниях становятся запоры; механическое выдавливание секрета предстательной железой при прохождении твёрдых каловых масс не представляет собой патологического симптома и не угрожает организму какими-либо неприятными последствиями. Всё тем же чисто механическим выдавливанием секрета при замыкании мышечных пучков, окружающих шейку мочевого пузыря и в то же время связанных с предстательной железой, обусловлена чаще всего простаторея в конце мочеиспускания.

Одним из самых страшных для больного симптомов половой дисфункции в клинике депрессивных состояний (и первым делом так называемой депрессии истощения) оказывается даже незначительная сперматорея – периодическое выделение семени («двигательный невроз простаты») преимущественно в результате ослабления мышечного тонуса сфинктеров и проходящих через предстательную железу семявыбрасывающих протоков. Истечение семени при мочеиспускании и дефекации издавна описывают как очень распространённый (наряду с психической импотенцией и синдромом «раздражённой предстательной железы») признак всех форм неврастении и других астенических состояний. Непроизвольная потеря нескольких капель семени в течение дня (довольно обычный феномен при тяжёлой депрессии с навязчивой идеей сексуальной неполноценности) возникает вне всякой связи с эротическими представлениями (без предшествующей эрекции, оргазма и каких-либо сладострастных ощущений). Повторная сперматорея в дневные часы характерны, например, для мастурбирующих девственников, одержимых в депрессии угрызениями совести и страхами по поводу своего порока и неотступными мыслями о своём воображаемом половом бессилии. Неизбежным последствием сперматореи в таких случаях становится углубление депрессии. Нарастающая астенизация при этом обусловлена не столько потерей семени (чаще всего незначительной) , сколько тем мощным травмирующим действием, которое она оказывает на пациента.