



- инфекции уrogenитального тракта (уретрит, цистит и др.);
- инфравезикулярная обструкция (включая **клапаны дивертикулы и полипы уретры, мяастеноз** и др.);
- любое инструментальное вмешательство в ближайшее время с диагностической и лечебной целью на мочевыводящих путях, включая кратковременную или постоянную катетеризацию;
- Снижение показателей иммунитета (СПИД и др.).

Многие пациенты с ОБП не имеют четких факторов риска.

Следует отметить, что травма (например, езда на велосипеде или верховая езда), обезвоживание, половое воздержание предрасполагают к развитию простатита, но эти факторы не были подтверждены при исследованиях.

9

- Микроорганизмы в предстательную железу почти всегда проникают через мочеиспускательный канал.
- В большинстве случаев, бактерии мигрируют из уретры или мочевого пузыря через протоки предстательной железы, интрапростатического рефлюкса мочи.
- Хронический простатит может быть осложнением острого простатита, следующего из-за неадекватного и/или слишком короткого лечения.

10

- Цистит
- Уретрит
- Парапроктит,
- Абсцесс прямой кишки.
- У пациентов с ДГП Ж и ГАМП , возможно развитие начала заболевания с симптомов нижних мочевых путей, но, как правило, не имеющих лихорадки,
- пиурии и других симптомов инфекции.

13

Пациенты с легкой или средней тяжестью течения заболевания лечение получают в амбулаторных условиях.

_____ выраженные симптомы интоксикации (тяжелое течение и вероятность развития уросепсиса);

- длительно не прекращающаяся рвота, тяжелая дегидратация, тахикардия, гипотензия и другие симптомы, сопровождающие уросепсис;
- выраженное затруднение мочеиспускания;
- пациенты из группы высокого риска (диабет, снижение иммунного статуса, старческий возраст, абсцесс простаты).

1. (НПВС).

2. назначается эмпирически до получения результатов культуры но, по возможности, с учетом результата окраски по Граму. Данные о лечении острого простатита ограничены, и нет никаких сравнительных испытаний для оценки оптимального выбора антимикробных препаратов. Рекомендации для эмпирической терапии основаны на вероятности заражения организма, хотя не все антибиотики могут проникать в ткани предстательной железы.

14

: при тяжелом состоянии необходимо парентеральное введение высоких доз бактерицидных антибиотиков, таких как (н.п. ампициллин), или .

Для начальной терапии любой из этих антибиотиков можно комбинировать с аминогликозидами.

15

Канадское руководство:

при тяжелом состоянии внутривенное введение высоких доз бактерицидных антимикробных препаратов, таких как: **аминогликозид в сочетании с ампициллином, пенициллин широкого спектра в сочетании с ингибитором бета-лактамазы** (н.п. ампициллин с сульбактамом), **цефалоспорин третьего поколения** (н.п., цефтриаксон) или **фторхинолон** (н.п. ципрофлоксацин) – до падения и нормализации температуры. Пациенты с нетяжелым течением заболевания или без рвоты, могут получать фторхинолон перорально.

16

Британское клиническое руководство

Рекомендует

. Пациентам, которых можно лечить на амбулаторном уровне, назначается перорально ().

Триметопrim/ сульфаметоксазол у пациента аллергия на фторхинолоны.

17

Пациентам с внутрибольничным простатитом (например, если они получили профилактическое лечение фторхинолонами после урологических манипуляций или операций) или с лекарственно-устойчивыми возбудителями рекомендуется эмпирическое лечение **карбапенемом** или **пенициллином** широкого спектра действия, или цефалоспоринами (с или без гентамицина), до получения результатов культуры и чувствительности на а/б.

Эмпирический выбор антибиотиков (окраска мочи по Граму):

- пациенты с грамотрицательными бактериями в моче подвергаются терапии как указано выше;

пациенты с грамположительными бактериями в моче подвергаются терапии с **ампициллином** или **цефазолином**. При необходимости назначается парентеральная терапия. При амбулаторном лечении – **амоксициллин** или **цефалексин**.

— при высеянном золотистом стафилококке или коагулазо-негативных стафилококках (*S. epidermidis* or *S. saprophyticus*) эффективны от не метициллин-устойчивых штаммов – пероральные цефалоспорины (например, цефалексин 500 мг каждые шесть часов) или устойчивые к пенициллину пенициллины (например, диклоксациллин 500 мг внутрь каждые шесть часов).

18

препараты выбора для парентеральной терапии включают

- цефазолин (1 г внутривенно каждые восемь часов) или
- оксациллин (1 г внутривенно каждые четыре-шесть часов).

— если есть факторы риска, или в анамнезе метициллин-устойчивый золотистый стафилококк, может быть использован ванкомицин (от 15 до 20 мг/кг/доза каждые 8–12 часов, но не более 2 г на дозу).

— При энтерококковой инфекции можно лечить **амоксициллином** (500 мг перорально каждые восемь часов) или **ампициллином** (2 г внутривенно каждые шесть часов). Следует отметить, что эти режимы не активны в отношении большинства *Enterococcus faecium* или других ампициллин-резистентных штаммов.

Дальнейшие изменения в эмпирической схеме антибиотикотерапии могут быть сделаны на основе восприимчивости данных организма и клинической реакции.

19

- Фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин,);
- Защищенные полусинтетические пенициллины (ампициллин + сульбактам, амоксициллин + клавулновая кислота);
- Цефалоспорины 2-го и 3-го поколений (цефтриаксон, цефуроксим, цефотаксим, цефиксим) иногда в сочетании с аминогликозидами.

Альтернативные препараты:

- Макролиды (азитромицин, кларитромицин, рокситромицин, эритромицин);
- Доксициклин.

Пациенты могут переходить на пероральные антибиотики в течение 24–48 часов после улучшения состояния (падение температуры тела и утихание клинических симптомов).

Продолжительность терапии – антибиотики следует принимать в течение 4–6 недель, чтобы обеспечить эрадикацию инфекции. Продолжительность терапии определена на основе опыта и экспертного мнения, и подтверждена многочисленными клиническими исследованиями.

3. При развитии ОЗМ – надлобковая катетеризация.

20

- Эпидидимит, хронический бактериальный простатит, абсцесс ПЖ и
- метастатическое инфицирование (например, спинальные или крестцово-подвздошные инфекции),
- уросепсис, эндотоксический шок – чаще
- встречаются при запоздалой диагностике и антимикробной терапии.

21

– осложнение острого простатита, при котором происходит гнойное расплавление паренхимы простаты с формированием пиогенной капсулы.

Частота низкая из-за использования соответствующей антбактериальной терапии. Сахарный диабет и иммуносупрессия при ВИЧ-инфицировании, являются факторами риска развития абсцесса.

Врач должен заподозрить абсцесс при:

- нарастании клинической картины и тяжести состояния больного острым простатитом, а также ухудшение лабораторных показателей несмотря на проводимую антибиотикотерапию;
- развитии эндотоксического шока;
- иммуносупрессии больных с сахарным диабетом и ВИЧ-инфицированных больных.

22

-
-
-
-
-

25

- Хронические или рецидивирующие урогенитальные симптомы с признаками бактериальной инфекции предстательной железы

26

- Факторы риска ХБП не ясны. В исследовании из 480 пациентов, перенесших ОБП, чаще встречались следующие факторы у тех лиц, у которых в последующем развивался ХБП (10 %): манипуляции на органах мочевыводящего тракта, курение, сахарный диабет, симптомы нижних мочевых путей. Те, которые прошли более длительный курс лечения (36.5 против 27.5 дней) имели низкий риск развития ХБП. Наличие камней в простате, возможно, способствуют рецидивированию инфекции.

27

Грамотрицательные бактерии являются наиболее распространенными этиологическими агентами. *E. coli* вызывает приблизительно от 75 до 80 % случаев. Реже встречаются *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus Mirabilis*, синегнойная палочка и другие грамотрицательные бациллы. *Staphylococcus aureus* и различные виды стрептококков как патогены, выявляются случайно. Выделение других грамположительных организмов (corynebacteria) не имеют клинической значимости, так как показали исследования, выделение этих организмов не было связано с воспалительными признаками в секрете простаты и не было повторного высыпания изолята, даже при отсутствии лечения антибиотиками. ИППП, такие как *Chlamydia trachomatis*, были выделены из предстательной железы (вопрос спорный, что именно она является причиной развития ХБП). Некоторые исследования показали, что у мужчин с хроническим простатитом без четкой бактериальной этиологии был определен хламидийный антиген в моче или секрете простаты чаще, чем у мужчин с СХТБ, но без признаков воспаления (от 21 до 25 в сравнении от 0 % до 6 %, соответственно). Грибы или микобактерии туберкулеза редко могут вовлекаться в воспалительный процесс хронического простатита.

28



- Такой же как при острой инфекции.

29



Симптомы рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей (частое мочеиспускание, дискомфорт в промежности, возможно, субфебрильная температура) встречаются независимо от анализа мочи у меньшинства пациентов. У некоторых мужчин может протекать бессимптомно и со стойкой или рецидивирующей бактериуреей одним и тем же возбудителем. Возможные симптомы: боль (в промежности, нижней части живота, яичках, половом члене, а также при эякуляции), раздражение мочевого пузыря, симптомы ИВО, иногда гемоспермия. Сексуальная дисфункция может сопровождать хронический бактериальный простатит, хотя встречается не чаще, чем у мужчин аналогичного возраста и без простатита.

При ректальном пальцевом исследовании иногда отмечается увеличение предстательной железы, болезненность, отек и пальпируемые узлы. Однако, чаще при исследовании, простата оказывается нормальной.

Результаты лабораторных исследований, которые свидетельствуют о воспалении или инфекции (как повышенный уровень лейкоцитов, повышение С-реактивного белка, увеличение СО Э), могут отсутствовать.

Простатический специфический антиген более 4 нг/мл был обнаружен у 25% пациентов и является не рекомендуемым исследованием.

30



- Диагностический стандарт включает поиск бактерий в секрете простаты.
- 2-стаканная проба применяется с целью дифференциальной диагностики ХБП от СХТБ. Тест представляет собой упрощенный вариант 4-стаканной пробы, 1 основанный на микробиологическом исследовании пред- и постмассажной порции мочи.

31



32

Получение образцов для исследования: после частичного опорожнения мочевого пузыря в объеме 150-200 мл собирают 10 мл мочи в стерильный контейнер (V_1 – предмассажная порция), затем выполняют массаж простаты и собирают первые 10 мл мочи после массажа простаты (V_2 – постмассажная моча).

Интерпретация результатов:

- 10-ти и более кратное увеличение количества патогенных бактерий в постмассажной порции мочи (V_2) в сравнении с предмассажной (V_1), а также обнаружение патогенных бактерий в V_2 , при стерильной V_1 , позволяет установить диагноз ХБП .
- При типичной клинической картине хронического простатита, отсутствие роста патогенных бактерий в обеих порциях являются подтверждающими СХТБ лабораторными критериями.

При отрицательном результате 2-стаканной пробы у сексуально-активных мужчин с типичными симптомами ХП , стоит назначать ПЦР анализ мочи на хламидию.

Не рекомендуется назначать обследование эякулята в качестве диагностической процедуры при подозрении на ХБП .

33

- Синдром хронической тазовой боли без доказательств наличия бактериальной инфекции.
- СНМП.

34

1. Медикаментозное лечение

a. антибиотики: При подтверждении диагноза ХБП необходимо начать лечение противомикробными препаратами.

Хорошо проникают в жидкость и ткани предстательной железы

– фторхинолоны, триметоприм-сульфаметоксазол, макролиды, тетрациклины. Препаратами первого выбора являются фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг каждые 12 ч или 500 мг левофлоксацина ежедневно) с продолжительностью курса не менее 6 недель.

Через 6 месяцев после завершения 4–6-недельного курса фторхинолона отмечается клиническое излечение у 60-70% больных. Более короткие курсы высокими дозами фторхинолонов имели вероятность развития рецидива.

Если пациент не переносит один из препаратов фторхинолонов, то препаратом выбора является триметоприм-сульфаметоксазол

При подтверждении инфекции с хламидией, рекомендуется азитромицин (500 мг 3 раза в неделю в течение 3 недель) или доксициклин (100 мг два раза в день в течение 4 недель).

b. обезболивающие средства (НПВС , трамадол и пр.).

c. α1-адреноблокаторы при наличии симптомов обструкции, (теразозин 1 мг/сут с увеличением дозы до 20 мг/сут, тамсулозин 0,4 мг/сут, альфузозин 2,5 мг 1-2 раза в сут).

35

- 1.Naber KG, Roscher K, Botto H, Schaefer V. Oral levofloxacin 500 mg once daily in the treatment of chronic bacterial prostatitis. *Int J Antimicrob Agents*. 2008 Aug; 32(2):145-53
- 2.Paglia M, Peterson J, Fisher AC, et al. Safety and efficacy of levofloxacin 750 mg for 2 weeks or 3 weeks compared with levofloxacin 500 mg for 4 weeks in treating chronic bacterial prostatitis. *Curr Med Res Opin* 2010; 26:1433.
- 3.Meyrier, A, T Fekete. Chronic bacterial prostatitis. UpToDate, topic 86802, version 5.0.

37

-
-
-

38

- Это распространенное заболевание в мире, отмечающееся примерно от 2 до 10% всех взрослых мужчин. Среди всех случаев простатита, СХТБ составляет более 90%.

39

Основным симптомом, характеризующим СХТБ, является боль или дискомфорт в области промежности, малого таза, иногда иррадиирующая в нижние отделы спины, живота и наружные половые органы. Некоторые жалуются на боль во время эякуляции.

Симптомы нарушения мочеиспускания (раздражительного или обструктивного характера) стоят на втором месте и встречаются приблизительно у половины больных СХТБ.

Исследования показали связь СХТБ с сексуальными расстройствами без подтверждения причинно-следственного генеза. Такие симптомы, как стресс, тревога и страх серьезного заболевания чаще встречаются у мужчин, страдающих СХТБ.

СХТБ в значительной мере обуславливает возникновение психологических расстройств, снижая тем самым качество жизни больных. По своей значимости и влиянию на качество жизни СХТБ, сравним с такими заболеваниями, как инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца и болезнь Крона.

Существует взаимосвязь с другими болевыми синдромами, такими как синдром раздражения кишечника, синдром хронической усталости и фибромиалгии.

Как правило, имеет рецидивно-ремиссионное течение, где тяжесть и частота обострений уменьшается, как правило, на протяжении многих месяцев.

41

- СХТБ – это диагноз исключения и прежде всего надо исключить ХБП путем 2-стаканной пробы.
- Другие заболевания, о которых надо думать при наличии симптомов СХТБ, включают в себя уретриты, рак мочевого пузыря и уретры, заболевания мочевой системы у мужчин (симптомы нижних мочевых путей), структуры уретры, неврологические заболевания (например, травмы спинного мозга и стеноз поясничного отдела позвоночника).

42

- Анамнез,
- Физикальное обследование,
- Общий анализ мочи,
- Посев мочи.
- Важно определить степень боли, наличие нарушения мочеиспускания, нарушение сексуальной функции и симптомы депрессии.
- Рекомендуется использовать опросник NIH-CPSI (индекс симптомов хронического простатита с оценкой боли и качества жизни (чем выше результат, тем более серьезны симптомы) для объективного определения степени симптомов и для оценки эффективности лечения (не имеет диагностической ценности).

Физикальное обследование – исследование области боли, включая брюшную полость; пальпация паха, семенного канатика, придатка и яичек; наличие грыжи и геморроя. Пальцевое ректальное обследование простаты – является обязательным для определения болезненности, консистенции и размеров простаты. В большинстве случаев СХТБ, при пальпации простаты безболезненная (в некоторых случаях встречается незначительная болезненность).

43

Диагностика

Лабораторные исследования – общий анализ мочи всем пациентам с подозрением на простатит, анализ мочи на культуру для исключения инфекций мочевыводящих путей. Пациенты с рецидивирующей инфекцией мочевыводящих путей, должны оцениваться как пациенты с хроническим бактериальным простатитом.

Рекомендуется 2-стаканная пробы с посевом мочи до и после массажа простаты, чтобы исключить ХБП. Количество лейкоцитов в V2 позволяет дифференцировать СХТБ первого типа (небактериального простатита, >10 лейкоцитов) от второго типа (простадинии, 0-10 лейкоцитов), но такое разделение не имеет клинической значимости, так как наличие или отсутствие воспаления не коррелирует с наличием патогенов и не влияет на тактику ведения больного. Также, лейкоциты могут быть обнаружены в секрете простаты у не имеющих клинической симптоматики мужчин, и корреляция между обнаружением лейкоцитов и наличием симптоматики отсутствует. Следовательно, микроскопическое обследование V2 не является обязательным.

При гематурии исследовать мочу на цитологию (исключить карциному мочевого пузыря *in situ*), провести цистоскопию, по показаниям КТ. Не рекомендуются следующие обследования: ПСА, анализы семенной жидкости, ТРУЗИ без четкого показания, КТ /МРТ

44

- Стандартной схемы не существует. Выбор лечения может варьировать в зависимости от этиологии и специфических симптомов (например, альфаблокаторы пациентам с болью и симптомами нарушения мочеиспускания,
- антибиотики – с инфекцией мочевыводящих путей). Однако, комбинация альфа-блокатора и антибиотика (фторхинолоны) считается лечением первого ряда в качестве начального лечения.
- Физиолечение и психологическая поддержка тоже имеют роль в лечение СХТБ.

- может быть более эффективной, чем монотерапия.

49

Лечение СХТБ проводится амбулаторно, кроме случаев когда невозможно проводить необходимые диагностические процедуры на амбулаторном уровне.

50

- 1.Nickel, JC. Prostatitis. Can Urol Assoc J 2011;5(5):306-15.
- 2.Pontari M. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. UpToDate, topic 6880, version 15.0 Literature review current through May 2014

51

- Терапия не показана, если у пациента по определению нет клинической симптоматики. Однако, принятие решения о проведении антибиотикотерапии может быть оправданным у отдельных пациентов с простатитом
- IV категории, сопровождающимся повышением ПСА, бесплодием, а также при планировании биопсии простаты (Канадское руководство).

52