

А. А. ГАВРУСЕВ

**ХРОНИЧЕСКИЙ АБАКТЕРИАЛЬНЫЙ
ПРОСТАТИТ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Минск БГМУ 2018

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА УРОЛОГИИ

А. А. ГАВРУСЕВ

**ХРОНИЧЕСКИЙ АБАКТЕРИАЛЬНЫЙ
ПРОСТАТИТ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2018

УДК 616.65-002.2-07-08(075.8)
ББК 56.9я73
Г12

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 20.12.2017 г., протокол № 4

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. каф. урологии и нефрологии Белорусской медицинской академии последипломного образования В. С. Пилотович; д-р мед. наук, проф. каф. микробиологии Белорусской медицинской академии последипломного образования С. А. Костюк

Гаврусев, А. А.
Г12 Хронический абактериальный простатит : клиническая картина, диагностика, лечение : учебно-методическое пособие / А. А. Гаврусев. – Минск : БГМУ, 2018. – 12 с.

ISBN 978-985-21-0004-5.

Изложены этиология, клинические проявления, методы диагностики и лечения хронического абактериального простатита в соответствии с современными руководствами по данной проблеме.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов педиатрического, лечебного факультетов по учебной дисциплине «Урология», а также клинических ординаторов, аспирантов хирургических специальностей.

УДК 616.65-002.2-07-08(075.8)
ББК 56.9я73

ISBN 978-985-21-0004-5

© Гаврусев А. А., 2018
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2018

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий — 1 ч.

Хронический простатит — самое распространенное урологическое заболевание, с которым врачу-урологу приходится иметь дело на амбулаторном приеме пациентов. Простатит выявляется у 8–40 % мужчин 20–50 лет. Доля хронического абактериального простатита (ХАП) составляет 80–90 % от всех простатитов. Существует несколько различных теорий, объясняющих причины воспаления простаты и разные подходы к лечению. Заболевание нередко протекает бессимптомно, однако может отрицательно влиять на половую функцию, снижать качество жизни при обострении.

Цель занятия: изучение вопросов этиологии, патогенеза и методов лечения ХАП.

Задачи занятия. Студент должен знать:

- классификацию и этиологические факторы простатита;
- клинические проявления и осложнения хронического простатита;
- методы диагностики хронического бактериального и абактериального простатита;
- принципы лечения и профилактики ХАП.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы студенту следует повторить:

- из курса нормальной и топографической анатомии: строение органов мужской мочеполовой системы;
- из курса микробиологии: классификацию бактерий, вирусов, простейших, являющихся возбудителями инфекций мочеполовой системы; методы бактериологических исследований.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Какие органы относятся к мужским половым и нижним мочевым путям?
2. Какие изменения в анализе мочи характерны для инфекции мочевых путей?
3. Какова клиника неосложненных инфекций мочевых путей?
4. Какие бактерии выявляются чаще всего при инфекциях мочевыводящих путей?
5. Перечислите методы бактериологических исследований.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Каковы основные проявления хронического простатита?
2. Какие категории простатита вы знаете?
3. В чем разница между бактериальным и абактериальным простатитом?
4. Какие методы диагностики простатита известны?

5. Назовите методы лабораторной диагностики ХАП?
6. Какие группы фармпрепаратов применяют для лечения ХАП?
7. Какие группы антибиотиков применяют для терапии различных инфекций мужских половых органов?
8. Каковы методы немедикаментозного лечения ХАП?
9. Какова профилактика осложнений хронического простатита?

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ

Классификация. По статистическим данным более 25 % обращений мужчин к урологу связаны с простатитом. В настоящее время все простатиты разделяют на четыре категории:

- категория I — острый бактериальный простатит;
- категория II — хронический бактериальный простатит;
- категория III — хронический простатит/синдром хронической тазовой боли: воспалительный и невоспалительный;
- категория IV — бессимптомный воспалительный простатит.

Категория I — острая инфекция предстательной железы. Категория II — хроническая инфекция простаты. Категории III и IV относят к хроническому абактериальному воспалению простаты, при котором не выявляются уропатогенные бактерии стандартными микробиологическими методами. При воспалительном типе ХАП определяют значительное количество лейкоцитов, а при невоспалительном — незначительное количество лейкоцитов в секрете предстательной железы (СПЖ) или эякуляте. Категория IV — бессимптомный воспалительный простатит, который выявляется при обследовании по поводу бесплодия или при биопсии предстательной железы.

Анатомия и физиология мужских половых органов. Предстательная железа — мышечно-железистый орган массой около 20 г. Выделяют пять долей предстательной железы: переднюю, заднюю, среднюю и две боковые (правую и левую). В толще железы проходит предстательная часть мочеиспускательного канала длиной около 2,5 см. Сверху к железе прилежит мочевой пузырь, к верхнезадней поверхности — семенные пузырьки и семявыносящие протоки. Предстательная железа покрыта тонкой соединительнотканной капсулой. Строму органа образуют гладкомышечная и рыхлая волокнистые соединительные ткани, которые окружают железу. Их выводные протоки открываются на задней стенке мочеиспускательного канала между семенным холмиком и шейкой мочевого пузыря.

Этиология и осложнения. Этиологическим фактором острого и хронического бактериального простатита (категории I и II) являются бактерии. Основную роль здесь играют бактерии кишечной группы: *Escherichia coli* (до 80 %), а также *Proteus mirabilis*, *Enterobacter*, *Klebsiella* и др.

Для признания простатита бактериальным необходимо обнаружение в секрете, порции мочи после массажа или эякуляте одного и того же патогенного бактериального возбудителя, отличного от микрофлоры уретры и других отделов мочевого тракта.

Этиология ХАП часто остается неопределенной. Это может быть обусловлено тем, что в диагностике заболевания обычно используются стандартные методы бактериологического посева и не проводятся специфические методы выявления вирусных, протозойных, анаэробных инфекций. Внедрение в клиническую практику таких методов лабораторных исследований, как молекулярно-биологического (ПЦР), иммунофлюоресцентного, культурального, электронной микроскопии позволяет выявлять инфекционные агенты в секрете и ткани простаты. Также одной из причин развития ХАП может быть заброс стерильной мочи в протоки предстательной железы во время мочеиспускания при повышении уретрального сопротивления (стриктуры уретры, фимоз, детрузорно-сфинк-терная диссинергия), что может приводить к развитию асептического воспаления в ткани простаты. В патогенезе заболевания имеет значение и аутоиммунная воспалительная реакция.

Хронический простатит может осложняться абсцессом, атрофией, склерозом простаты. Распространение заболевания на соседние органы вызывает везикулиты, эпидидимоорхиты. К внеорганным осложнениям можно отнести бесплодие, реактивные артриты, эректильную дисфункцию, заболевания кишечника (анальные трещины, проктиты), нервной системы (вегето-сосудистая дистония) и другие. Хронический простатит часто сочетается с нарушениями репродуктивной функции и в 40–50 % случаев может являться причиной бесплодного брака. Осложнения простатита нередко развиваются при наличии хламидийной, вирусной и других инфекций.

Симптомы хронического простатита. Основным симптомом хронического простатита является болевой. Локализация болей различная: промежность, надлобковая область, органы мошонки. Могут наблюдаться:

- рези и выделения из уретры;
- расстройства мочеиспускания: учащенное, особенно в дневное время, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря;
- эректильная дисфункция: ослабление эрекций, преждевременная эякуляция;
- нарушения фертильности: бесплодие в браке, патология беременности (невынашивание, выкидыши), патологические изменения эякулята;
- нередко проявления сопутствующей патологии: реактивный артрит, кожные заболевания, например, баланопостит.

При бессимптомном простатите жалобы на боли и расстройства мочеиспускания отсутствуют.

Методы диагностики. Оценка жалоб, анамнеза и объективный осмотр. Необходимо выяснить характер и локализацию болей, степень выраженности нарушений мочеиспускания. Проводят анкетирование по шкале «Индекс симптомов хронического простатита» (NIH-CPSI) или «Суммарная оценка симптомов хронического простатита» (СОС-ХП). Данное исследование помогает оценивать эффект лечения. При пальцевом ректальном исследовании смотрят: изменение размеров железы, ее структуры, консистенции, степень болезненности, выраженность междолевой борозды. **Обязательно УЗИ предстательной железы.**

Лабораторная диагностика:

- четырехстаканная проба Миарса и Стамея (Meares–Stamey);
- определение количества лейкоцитов и бактерий в уретральной (первой), пузырной (средней) порциях мочи, СПЖ и третьей порции мочи, полученной после массажа предстательной железы. Если концентрация бактерий в СПЖ и/или третьей порции в 10 и более раз превышает их концентрацию в первой и второй порциях, данные бактерии считаются причиной простатита.

Бактериологическое исследование. Стандартное бактериологическое исследование позволяет определить наличие бактерий, а также их количество и чувствительность к антибиотикам. Этим методом не выявляют вирусы, простейшие, труднокультивируемые инфекции половых органов. Для их детекции применяют следующие методы микробиологического исследования:

- культуральные, например, посев на культуру клеток McCoу;
- молекулярно-генетический (ПЦР);
- иммунологические;
- электронно-микроскопическое исследование.

Большое значение имеет исследование не только отделяемого уретры, но и СПЖ, эякулята, порции мочи после массажа простаты для выявления инфекционных агентов.

Лечение. Выбор метода лечения определяется этиологией, выраженностью клинических проявлений и осложнений заболевания.

Лекарственная терапия. Антибиотикотерапия применяется в случае выявления бактериальной микрофлоры. Рекомендованы антибиотики фторхинолоны (левофлоксацин, офлоксацин) в течение 1–2 месяцев.

При выявлении хламидийной, вирусной или протозойной инфекции применяют антибиотики макролиды (джозамицин, азитромицин), доксициклин, ацикловир, валацикловир, орнидазол, метронидазол и др.

Антагонисты α -адренорецепторов (α -адреноблокаторы) назначают при дизурических расстройствах. Доксазозин, теразозин, тамсулозин, силодозин расслабляют гладкие мышцы мочевыводящих путей и уменьшают выраженность симптомов нижних мочевых путей.

Противовоспалительные средства (НПВС — нимесулид, кетопрофен, диклофенак) уменьшают воспаление в простате и улучшают клиническую симптоматику заболевания.

Ингибиторы 5 α -редуктазы. Применяют финастерид, дутастерид у мужчин с простатитом и доброкачественной гиперплазией простаты.

Растительные препараты (фитотерапия) — экстракты плодов *Serenoa repens*, *Pygeum africanum*, цернилтон (экстракт пыльцы), кверцетин (биофлавоноид) и др.

Применяют также витаминотерапию, протеолитические, ферментные препараты, цитомедины, иммунокорректоры.

Физиотерапия. Различные методы физического воздействия (магнитотерапия, лазеротерапия, магнитная стимуляция мышц тазового дна, массаж предстательной железы) имеют противовоспалительный, улучшающий кровообращение и дренирование простаты эффект.

Профилактика:

- здоровый образ жизни;
- отказ от курения, злоупотребления спиртными напитками, в том числе пива;
- регулярные физические упражнения, закаливания;
- профилактический прием витаминов;
- здоровый сон, регулярный отдых;
- сбалансированное питание: ограничение поваренной соли, сахара, жареного, трансжиров, газированных напитков, консервантов;
- исключение случайных половых контактов;
- использование презерватива;
- своевременное обследование и лечение инфекций, передаваемых половым путем одновременно с половым партнером;
- лечение патологии других органов;
- профилактическое обследование у уролога ежегодно, а после лечения простатита — два раза в год.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Пациенту 24 года, жалуется на позывы к мочеиспусканию, учащенное мочеиспускание, ноющие боли в промежности. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа не увеличена, болезненна, с мелкими инфильтратами.

Каков предварительный диагноз? Какие исследования необходимы для его подтверждения? Какое лечение необходимо назначить?

Задача 2. Пациенту 31 год, жалуется на отсутствие детей в браке около 2 лет. В анамнезе около 4 лет назад — острый уретрит, обследования не проходил, принимал антибиотики самостоятельно. Жена лечится у гинеколога.

Каков диагноз? Какова тактика обследования и лечения?

Задача 3. Пациенту 34 года. Жалуется на периодические боли и рези при мочеиспускании, усиливающиеся при переохлаждении и приеме спиртного. Несколько лет страдает хроническим простатитом, неоднократно лечился антибиотиками. При исследовании секрета простаты патогенных бактерий не выявлено, однако имеется лейкоцитоспермия. Жена в течение года к гинекологу не обращалась.

Каков диагноз? Тактика обследования и рекомендации пациенту.

ТЕСТЫ

1. Какие из указанных симптомов характерны для хронического простатита:

- а) частые позывы к мочеиспусканию в дневное время;
- б) боли в области промежности;
- в) учащенное мочеиспускание малыми порциями по ночам;
- г) ночное мочеиспускание — никтурия;
- д) все вышеперечисленное?

2. Какова цель исследования методом анкетирования при простатите:

- а) уточнение симптомов и анамнеза заболевания;
- б) объективная оценка болевого синдрома, расстройств мочеиспускания и качества жизни пациента;
- в) дифференциальная диагностика между бактериальным и абактериальным простатитом;
- г) выбор этиологического лечения простатита;
- д) оценка эффекта лечения?

3. Какие этапы обследования пациента являются самыми необходимыми для постановки диагноза при ХАП:

- а) выяснение жалоб и анамнеза;
- б) физикальный осмотр, включая ректальное обследование;
- в) УЗИ мочевых путей с определением остаточной мочи;
- г) общий анализ мочи;
- д) КТ органов брюшной полости;
- е) бактериологическое исследование секрета простаты;
- ж) все вышеперечисленное?

4. Какие из групп фармакопрепаратов являются препаратами выбора для лечения хронического абактериального (воспалительного) простатита:

- а) антибиотики согласно результатам микробиологического исследования;
- б) антидепрессанты;
- в) антихолинэстеразные (холинолитики);
- г) α -адреноблокаторы;
- д) НПВС?

ОТВЕТЫ

Задача 1. Вероятный диагноз — хронический простатит. Необходимо провести обследование по Миарсу–Стамею, бактериологическое исследование отделяемого половых органов. При выявлении инфекции — антибактериальное лечение.

Задача 2. Диагноз — бесплодие, вероятно связанное с хроническим бессимптомным простатитом и урогенитальными инфекциями. Рекомендовано УЗИ простаты, бактериологическое исследование, обследование на инфекции, передаваемые половым путем, спермограмма. Лечение одновременно с женой.

Задача 3. Вероятный диагноз — ХАП. Рекомендовано: ведение здорового образа жизни, обследование на труднокультивируемые инфекции. Обследование жены у гинеколога.

Тесты: 1 — а, б; 2 — б, д; 3 — а, б, е; 4 — а, г, д.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *EAU Guidelines on the Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)* [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://www.uroweb.org>. Дата доступа : 16.11.2017.

2. *Урология* : учеб. пособие для студентов учреждений высшего образования по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия» / А. В. Строчкин [и др.] ; под ред. А. В. Строчкина. Минск : Новое знание, 2016. 224 с.

3. *Гаврусев, А. А.* Хронический уретропростатит. Современные методы диагностики и лечения : монография / А. А. Гаврусев, А. В. Строчкин, Н. Н. Полещук. Гродно : ГрГМУ, 2017. 112 с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Хронический простатит	4
Самоконтроль усвоения темы	7
Список использованной литературы	10

Репозиторий БГМУ

Учебное издание

Гаврусев Андрей Александрович

**ХРОНИЧЕСКИЙ АБАКТЕРИАЛЬНЫЙ
ПРОСТАТИТ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. В. Строцкий
Корректор А. В. Лесив
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 10.04.18. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 0,7. Уч.-изд. л. 0,5. Тираж 50 экз. Заказ 250.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.