

# Простатит и синдром хронической тазовой боли

---

(рекомендации ЕАУ)

# Определение

- Под термином простатит подразумевается воспалительный процесс в предстательной железе любой этиологии.
- По статистическим данным американской ассоциации урологов, распространенность простатита составляет 8% от всех урологических заболеваний и с этим диагнозом связано около 1% всех визитов к врачу.

# Бактериальный простатит

- заболевание, диагностируемое клинически на основании признаков воспаления и инфекции, локализующихся в (предстательной железе)ПЖ.
- В зависимости от длительности симптомов выделяют острый и хронический простатит (ХП). При ХП симптомы сохраняются > 3 мес.
- Бактериальный простатит с подтвержденным или подозреваемым возбудителем следует отличать от синдрома хронической тазовой боли (СХТБ).

# Классификация

Таблица 10.3. Классификация простатита и СХТБ, разработанная NIDDK/NIH [3–5]

Группа	Название и описание
I	ОБП
II	Хронический бактериальный простатит
III	Хронический абактериальный простатит – СХТБ А. Воспалительный СХТБ (наличие лейкоцитов в семенной жидкости / секрете ПЖ / порции мочи) В. Невоспалительный СХТБ (отсутствие лейкоцитов в семенной жидкости / секрете ПЖ / 3-й порции мочи*)
IV	Бессимптомный воспалительный простатит (гистологический простатит)

*\*3-я порция мочи – моча, полученная после массажа ПЖ*

- Традиционно термин «простатит» включал в себя как ОБП, так и хронический бактериальный простатит, которые имеют инфекционное происхождение, и термин «синдром простатита», или его современный аналог – синдром хронической тазовой боли (СХТБ), который подразумевает отсутствие инфекционного агента, а причина заболевания является многофакторной и в большинстве случаев остается неясной.
- Диагноз простатита и СХТБ ставится при наличии симптомов и признаков воспаления и инфекции, локализующихся в ПЖ [11. Тем не менее возбудитель выделяется стандартными методами только в 5-10 % случаев [21, при которых имеется рациональная основа для проведения антибактериальной терапии. Лечение остальных пациентов проводится эмпирически с использованием многочисленных лекарственных препаратов и физических методов.

# Диагностика

- В зависимости от длительности симптомов простатит классифицируют на острый и хронический: при ХП симптомы сохраняются > 3 мес. Ведущими симптомами простатита являются боль различной локализации и симптомы со стороны нижних отделов МВП. Хронический бактериальный простатит — наиболее частая причина рецидивирующих ИМВП у мужчин.

**Таблица 10.1. Локализация боли при простатите и СХТБ**

<b>Локализация боли</b>	<b>Доля пациентов (%)</b>
ПЖ/промежность	46
Мошонка и/или яички	39
Половой член	6
Мочевой пузырь	6
Нижняя часть спины	2

*С изменениями по Zermann et al. [6].*

Таблица 10.2. Симптомы со стороны нижних отделов МВП при простатите и СХТБ

Частые позывы к мочеиспусканию
Затрудненное мочеиспускание, т. е. слабая струя и необходимость натуживания
Боль или ее усиление при мочеиспускании

*С изменениями по Alexander et al. [8].*



- Опросники для оценки симптомов
- Симптомы заболевания имеют все основания быть использованными в качестве классификационного параметра при бактериальном простатите, а также при СХТБ. В связи с этим для количественной
- оценки симптомов простатита были разработаны специальные опросники. К ним относится индекс симптомов ХП (CPSI), недавно разработанный Международным обществом по изучению простатита (IPCNI) по инициативе NIH. Несмотря на то что опросник CPSI был валидирован, преимущества его использования в клинических исследованиях пока остаются неопределенными. Он содержит 4 вопроса, касающиеся боли или дискомфорта, 2 вопроса, касающиеся мочеиспускания, и 3 вопроса, связанные с качеством жизни

# Клинические проявления

- При остром простатите при проведении пальцевого ректального исследования можно обнаружить отечную и болезненную ПЖ. Массаж ПЖ противопоказан. В остальных случаях ПЖ при пальпации не изменена. При клиническом обследовании крайне важно провести дифференциальный диагнозе другими заболеваниями мочеполовой системы и прямой кишки. Клиническое обследование должно включать в себя оценку состояния мышц тазового дна.

# Культуральное исследование мочи и секрета предстательной железы

- Наиболее важными исследованиями при обследовании пациентов с простатитом являются количественное культуральное исследование и микроскопия разных порций мочи и секрета ПЖ, полученного после массажа..
- Согласно классификации, разработанной NIDDK/NIH, наличие лейкоцитов в 3 порции мочи и эякуляте, полученных после массажа ПЖ, также включены в определение хронического воспалительного простатита или СХТБ (группа IIIA). Включение в рамках новой концепции по СХТБ такого критерия, как наличие лейкоцитов в эякуляте, позволяет отнести к группе IIIA в 2 раза больше пациентов, которых ранее относили к категории «абактериальный простатит» в соответствии с предыдущей классификацией Drach

Таблица 10.4. Наиболее распространенные возбудители простатита

**Возбудители с доказанным этиологическим значением ([2, 14] с изменениями)**

*Escherichia coli*

*Klebsiella spp.*

*Proteus mirabilis*

*Enterococcus faecalis*

*Pseudomonas aeruginosa*

**Микроорганизмы, роль которых в развитии простатита является спорной**

Стафилококки

Стрептококки

*Corynebacterium spp.*

*Chlamydia trachomatis*

*Ureaplasma urealyticum*

*Mycoplasma hominis*

- Ведущими возбудителями бактериального простатита являются энтеробактерии, в частности *E. coli*. Значение внутриклеточных микроорганизмов, таких как *Chlamydia trachomatis*, остается неясным. У пациентов с иммунодефицитом или ВИЧ-инфекцией простатит может вызываться такими «привередливыми» возбудителями, как *Mycobacterium tuberculosis*, *Candida spp.*, а также редкими патогенами, такими как *Coccidioides immitis*, *Blastomyces dermatitidis* и *Histoplasma capsulatum*.
- У мужчин с ХП/СХТБ отсутствует корреляция между количеством лейкоцитов и бактерий и степенью тяжести симптомов. Также было показано, что результаты культурального исследования, определения количества лейкоцитов и наличие антител не позволяют прогнозировать ответ на терапию антибиотиками в этой группе простатита.

- Основным критерием диагностики воспаления в мочеполовой системе у мужчин является количество лейкоцитов в секрете ПЖ. в порции мочи, полученной после массажа ПЖ, и в семенной жидкости.
- Биопсию ПЖ не рекомендуется проводить для рутинной диагностики простатита/СХТБ. Однако при проведении биопсии по подозрению на рак ПЖ часто диагностируется гистологический простатит. Если у таких пациентов не наблюдается каких-либо специфических симптомов, то их относят к новой категории «бессимптомный простатит» (группа IV)

- К другим воспалительным маркерам относятся повышение рН, уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и иммуноглобулинов. Цитокины, такие как ИЛ-1 $\beta$  и ФПО- $\alpha$ , могут определяться в секрете ПЖ, а СЗ-фракция комплемента, церулоплазмин или эластаза нейтрофилов - в эякуляте. Однако эти тесты не следует рассматривать как часть рутинного диагностического обследования.

# Трансректальное УЗИ

- ТРУЗ) ПЖ позволяет выявлять абсцессы ПЖ, кальцификаты и расширение семенных пузырьков. Однако в диагностике простатита результаты ТРУЗИ из-за их ненадежности не являются важным классификационным параметром при данном заболевании.



Таблица 10.6. Алгоритм диагностического урологического обследования при простатите

Клиническая оценка
Общий анализ мочи и культуральное исследование мочи
Исключение ИППП
Учет суточного ритма мочеиспусканий, урофлоуметрия и определение объема остаточной мочи
4-стаканная проба по Meares и Stamey
Микроскопия
Культуральное исследование
«Пробное» лечение антибиотиками при наличии признаков воспаления

- Уровень ПСА (простат-специфического антигена) может быть повышен как при клинически манифестном, так и при бессимптомном простатите. При наличии у пациента повышенного уровня ПСА и признаков воспаления в ПЖ, уровень ПСА будет возвращаться к норме в течение 4 нед. после лечения антибиотиками примерно у 50 % пациентов. Повторное определение ПСА следует отложить минимум на 3 мес. - срок, в течение которого стабилизируется уровень ПСА. Измерение общего уровня ПСА и уровня свободного ПСА при простатите не дает дополнительной диагностической информации, значимой для практики.

- Антибиотики являются жизненно необходимым лечением при ОБП, рекомендуются при хроническом бактериальном простатите и могут использоваться в качестве «пробного лечения» при воспалительном СХТБ.
- ОБП может протекать как тяжелая инфекция с лихорадкой, выраженной локальной болью и общими симптомами. В подобных ситуациях могут применяться парентеральное введение высоких доз бактерицидных антибиотиков, таких как пенициллины широкого спектра, цефалоспорины 3-го поколения или фторхинолоны. В качестве стартовой терапии эти препараты могут применяться в комбинации с аминогликозидом. После нормализации температуры и исчезновения параметров воспаления пациент может быть переведен на пероральную терапию, общая длительность которой составляет около 2-4 нед. В менее тяжелых случаях можно применять фторхинолоны перорально в течение 10 дней (уровень доказательности 4, степень рекомендаций С).

# Клинические протоколы лечения острого простатита 2011г.

- нестероидные противовоспалительные средства: диклофенак 100 мг в сутки внутрь или ректально или в/м - 5 дней, или кеторолак 10-30 мг внутрь или в/м - 5 дней, или нимесулид 100 мг внутрь - 5 дней, или мелоксикам 7,5-15 мг внутрь - 5 дней;
- Спазмолитики: папаверин в/м 40-60 мг или дротаверин внутрь или в/м до 80 мг в сутки;
- Антибактериальная терапия: ципрофлоксацин внутрь 500 мг 2 раза в сутки - 10 дней или моксифлоксацин 400 мг внутрь 1 раз в сутки, или амикацин в/м 500 мг 2 раза в сутки 7 дней, или цефеперазон 1000 мг 2 раза в сутки в/м;
- Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин 100 мг внутрь 3 раза в сутки
- При неэффективности терапии или осложнениях госпитализация в урологический стационар для оперативного лечения
- Наблюдение после стационарного лечения

- Комбинированная терапия антибиотиками и альфа-блокаторами
- В уродинамических исследованиях было показано, что у пациентов с ХП имеется повышение давления закрытия уретры . Имеются данные о том, что при воспалительном СХТБ (группа IIIA+B) комбинированная терапия альфа-блокаторами и антибиотиками сопровождается более высокой частотой излечения, чем монотерапия антибиотиками (уровень доказательности Ib, степень рекомендаций B). Этот вариант терапии одобрен многими урологами.

- Хирургическое лечение
- Некоторым пациентам с ОБП требуется дренирование мочевого пузыря, предпочтительнее с помощью надлобкового катетера. У пациентов с выраженными симптомами и дискомфортом отмечен положительный эффект ТУР ПЖ и трансуретральной игольчатой абляции (ТУИА) [46, 47] (уровень доказательности 2a, степень рекомендаций B). С целью облегчения боли пациентам с ХП проводили даже радикальную простатовезикулэктомию, однако ее результаты оказались спорными. В целом у пациентов с простатитом следует избегать хирургического лечения, кроме случаев дренирования абсцессов ПЖ.

# Физиотерапия

- В лечении как острого, так и хронического простатита широкое применение получили разнообразные методы физиотерапии. Не существует доказательной базы по их эффективности, однако большинство пациентов отмечает значительный клинический эффект от использования физиотерапии.

# Клинические протоколы

- Острый простатит
- нестероидные противовоспалительные средства: диклофенак 100 мг в сутки внутрь или ректально или в/м - 5 дней, или кеторолак 10-30 мг внутрь или в/м - 5 дней, или нимесулид 100 мг внутрь - 5 дней, или мелоксикам 7,5-15 мг внутрь - 5 дней;
- Спазмолитики: папаверин в/м 40-60 мг или дротаверин внутрь или в/м до 80 мг в сутки;
- Антибактериальная терапия: ципрофлоксацин внутрь 500 мг 2 раза в сутки - 10 дней или моксифлоксацин 400 мг внутрь 1 раз в сутки, или амикацин в/м 500 мг 2 раза в сутки 7 дней, или цефеперазон 1000 мг 2 раза в сутки в/м;
- Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин 100 мг внутрь 3 раза в сутки
- 
- При неэффективности терапии или осложнениях госпитализация в урологический стационар для оперативного лечения
- 
- Наблюдение после стационарного лечения



# Клинические протоколы

- Хронический простатит
- Нестероидные противовоспалительные средства: диклофенак 100 мг в сутки внутрь или ректально или в/м - 5 дней, или кеторолак 10-30 мг внутрь или в/м - 5 дней, или нимесулид 100 мг внутрь - 5 дней, или мелоксикам 7,5-15 мг внутрь - 5 дней;
- Спазмолитики: папаверин в/м 40-60 мг в сутки, или дротаверин внутрь или в/м до 80 мг в сутки;
- Антибактериальная терапия: ципрофлоксацин внутрь 500 мг 2 раза в сутки - 10 дней или моксифлоксацин 400 мг внутрь 1 раз в сутки, или амикацин в/м 500 мг 2 раза в сутки 7 дней, или цефаперазон 1000 мг 2 раза в сутки в/м; (согласно результатам посева секрета простаты на микрофлору)
- $\alpha$ -адреноблокаторы, например, тамсулозин внутрь 0,4 мг , 1 раз в сутки;
- Периферические вазодилататоры: пентоксифиллин внутрь 100 мг 3 раза в сутки
- Препараты для лечения заболеваний предстательной железы натурального происхождения, например, Витапрост (Витапрост-форте ) в форме ректальных свечей, по 1 свече на ночь - 20 дней

# Клинические протоколы

- Абсцесс предстательной железы

Направление в урологический стационар для хирургического лечения

Наблюдение после стационарного лечения