



Острый простатит. Поликлинические наблюдения.

Стойлов С.В., к.м.н.,
зав. урологическим отд.
ГП 180 ДЗМ
г. Москва, 2015г.

Острый бактериальный простатит

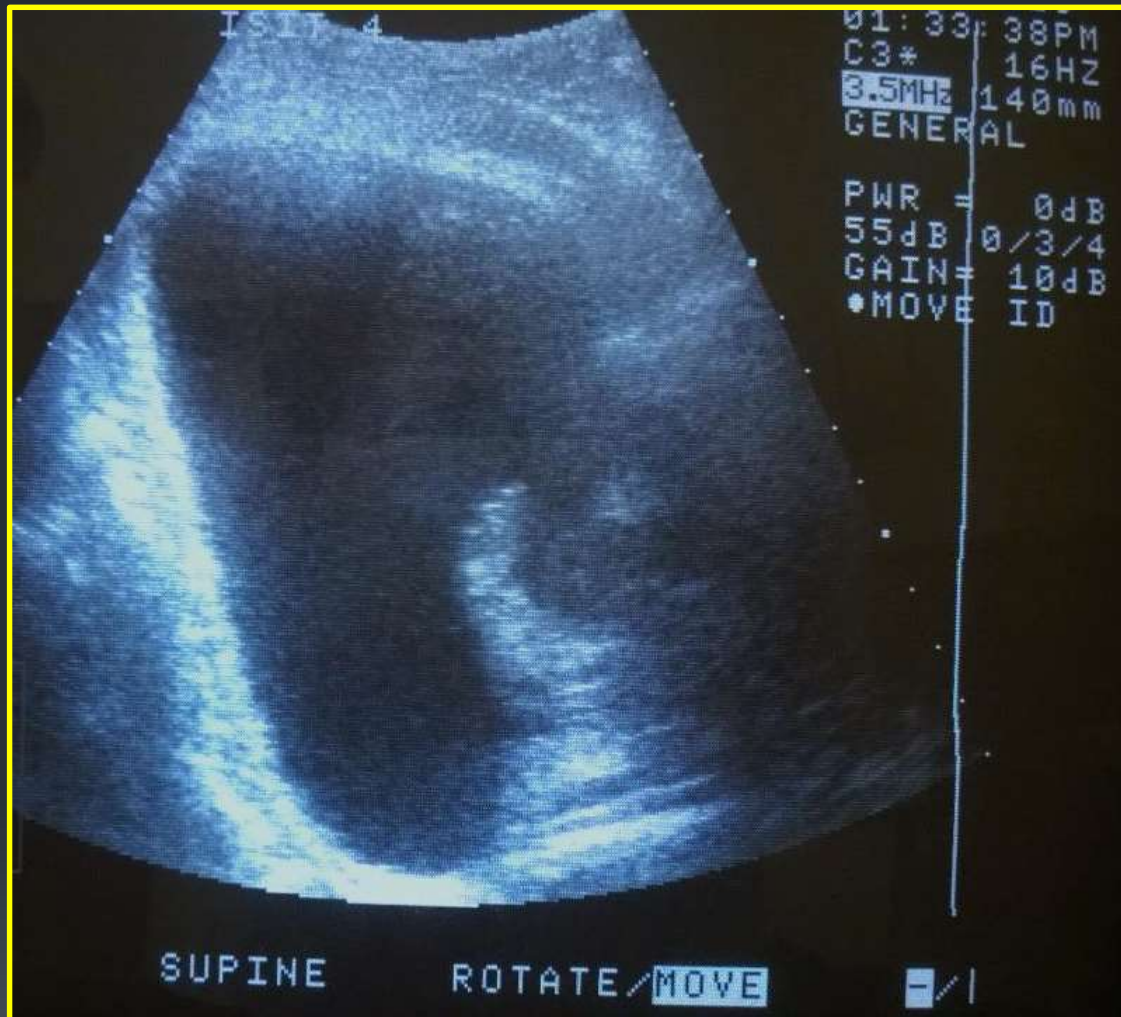
- Причины – хронический простатит, острый уретрит (уретропростатический рефлюкс) или гематогенное проникновение инфекционных агентов из очагов хронического воспаления (кожа, ЛОР-органы, кишечник);
- Простатит - осложненная ИМП, может быть связана с аномалией развития мочевых путей, сочетается с ИППП, инфравезикальной обструкцией, инструментальными вмешательствами или применением дренажных систем;
- Терапия выбора – левофлоксацин, офлоксацин, цiproфлоксацин (+ амикацин, + нетилмицин) – до 3-4 недель, цефипим, цефоперазон – до 2 недель;
- Альтернативная терапия – джозамицин, азитромицин, доксициклин – до 4-6 недель
- Осложнения – эпидидимит, орхит, уретрит, острая ишурия.

Пациент К. 1956 г.р. а/карта 18976/12

- Обратился 10.10.2014 с жалобами на подъём Т до 39С с ознобом, учащенное и резко затрудненное мочеиспускание, боль в промежности после переохлаждения.
- Ранее гематурии, аллергии, камнеотхождения и ЗППП не отмечал. Сопутствующие заболевания – гипертоническая болезнь, гиперплазия простаты – лечился эпизодически.
- При осмотре – **состояние средней степени тяжести**, живот мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого и бимануальной пальпации – отрицательны, наружные половые органы без патологических особенностей, **мочевой пузырь** пальпаторно **определяется на 5 см выше лона**, ректально – простата увеличена, **тестоватой консистенции**, **однородна**, **резко болезненна**, симметрична, участков флюктуации нет.

Тактика ведения – консультация терапевтом, ОАК, ОАМ, биохим. (креатинин, мочевая кислота, глюкоза), бактериологическое исследование мочи, УЗИ ОМС.

Пациент К. 1956 г.р. а/карта 18976/12

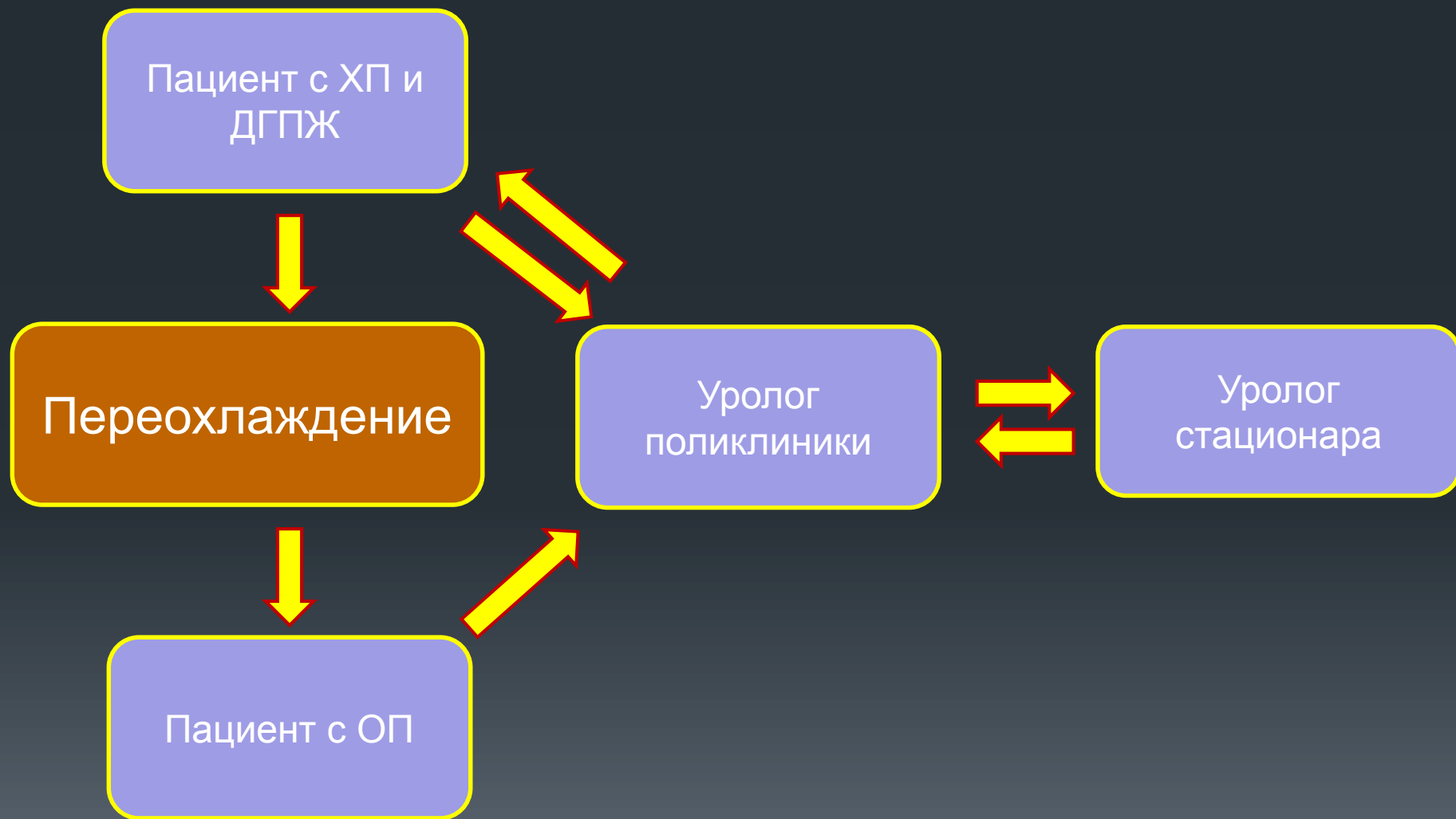


- без патологических включений, железа парауретрально включений, железа
- 4 смЗ, парауретрально включения, железа
- сильный кровоток (при включении, железа
- нет. Остаточной мочи –
- я болезнь, хронический
- 136 г/л, СОЭ 24 мм/ч,
- д. вес 1017, бактерий –
- роста микрофлоры нет
- Диагноз – острый простатит, острая ишурия, ДГПЖ.

Пациент К. 1956 г.р. а/карта 18976/12

- **Лечебная тактика** – госпитализация в урологическое отделение ГKB 52 бригадой «03», **пункционная цистостомия**, антибактериальная (левофлоксацин по 0,5 г x 1 раз – 10 дней), противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия, оценка функции мочевого пузыря, **обсуждение с пациентом вопроса о ТУР**.
- После нормализации ОАК пациент был выписан из ГKB 52, проводимая терапия (доксциклин по 0,1 x 2 раза в день – 2 недели) продолжена в условиях ГП 180.
- 25.11.15 по направлению из ГП 180 в ГKB 52 выполнена **ТУР простаты**, удален цистостомический дренаж, восстановлено адекватное мочеиспускание. В послеоперационном периоде продолжена антибактериальная и противовоспалительная терапия. **При гистологическом исследовании** – гиперплазия простаты, участки хронического воспаления. Далее, в условиях ГП 180, проводится эмпирическая антибактериальная терапия – рост микрофлоры не выявлен, лейкоцитурия остается, мочеиспускание адекватное.

- Схема наблюдения:



- **Особенности наблюдения:**
 - Сочетание ДГПЖ и хронического простатита;
 - Эпизодическое лечение ДГПЖ;
 - Возникновение острой ишурии на фоне воспалительного отёка простаты, связанного с переохлаждением;
 - Отсутствие роста микрофлоры при бактериологическом исследовании, несмотря на выраженную лейкоцитурию и бактериурию – **эмпирическое назначение антибактериальных препаратов**
 - Необходимость дренирования мочевого пузыря и последующей инфузионной терапии – **амбулаторно??**
 - **Преимственность** работы стационара и амбулатории (наблюдение, дальнейшее ведение пациента – в том числе выполнение ТУР простаты для восстановления адекватного мочеиспускания).

Показания к обследованию мужчин на ИППП

- Клинические и/или лабораторные признаки воспалительного процесса органов уrogenитального тракта
- Предгравидарное обследование половых партнеров, перинатальные потери и/или бесплодие в анамнезе
- Половой контакт с больным ИППП
- **Предстоящие инвазивные/оперативные пособия на органах малого таза**

При неустановленном источнике инфицирования ЗППП – повторное серологическое обследование на сифилис через 3 мес., ВИЧ, гепатит В, С – через 6 мес.

Материал для контроля на ЗППП берется не ранее 2 недель после окончания терапии (для бактериологического исследования) и не ранее месяца (для ПЦР-диагностики)

- **отделяемое (соскоб из уретры)**
- Первая порция мочи
- При наличии показаний – отделяемое нижнего отдела прямой кишки, ротоглотки, слизистой конъюнктивы глаз, **секрет предстательной железы.**

С позиций доказательной медицины

- Применение биологических, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики ИППП и урогенитальных инфекций – **НЕ целесообразна.**
- В период лечения и до получения контрольных анализов – половой покой или барьерная контрацепция.
- Системная энзимотерапия, иммуномодулирующая терапия, применение местных антисептиков **НЕ рекомендована.**
- Консультация урологом показана больному с уретритом при присоединении воспаления близлежащих органов (орхит, простатит, эпидидимит) или наличии симптомов затрудненного мочеиспускания, тогда же может быть добавлена патогенетическая и физиотерапия.

Пациент Д. 1961 г.р. а/карта 10932/14

- 16.09.2014 в ГKB №67 выполнена **ТУР простаты** – гистологическое заключение – гиперплазия простаты с фокусами хронического воспаления. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная (амикацин 0,5 г х 2 раза в день) и противовоспалительная терапия, **восстановлено адекватное (остаточной мочи нет) мочеиспускание**. Выписан в ГП 180.
- Спустя 18 дней после операции отметил **подъём Т до 38С с ознобом, учащенное мочеиспускание, боль в промежности после переохлаждения, незначительную примесь крови в моче без сгустков**. На момент обращения получал нолицин по 0,4 х 2 раза в день.
- При осмотре – состояние средней степени тяжести, живот мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого и бимануальной пальпации – отрицательны, наружные половые органы без патологических особенностей, мочевой пузырь пальпаторно не определяется, ректально – **простата увеличена, тестоватой консистенции, однородна, болезненна, симметрична, участков флюктуации нет**.

Тактика ведения – консультация терапевтом, ОАК, ОАМ, биохим., бактериологическое исследование мочи, УЗИ ОМС.

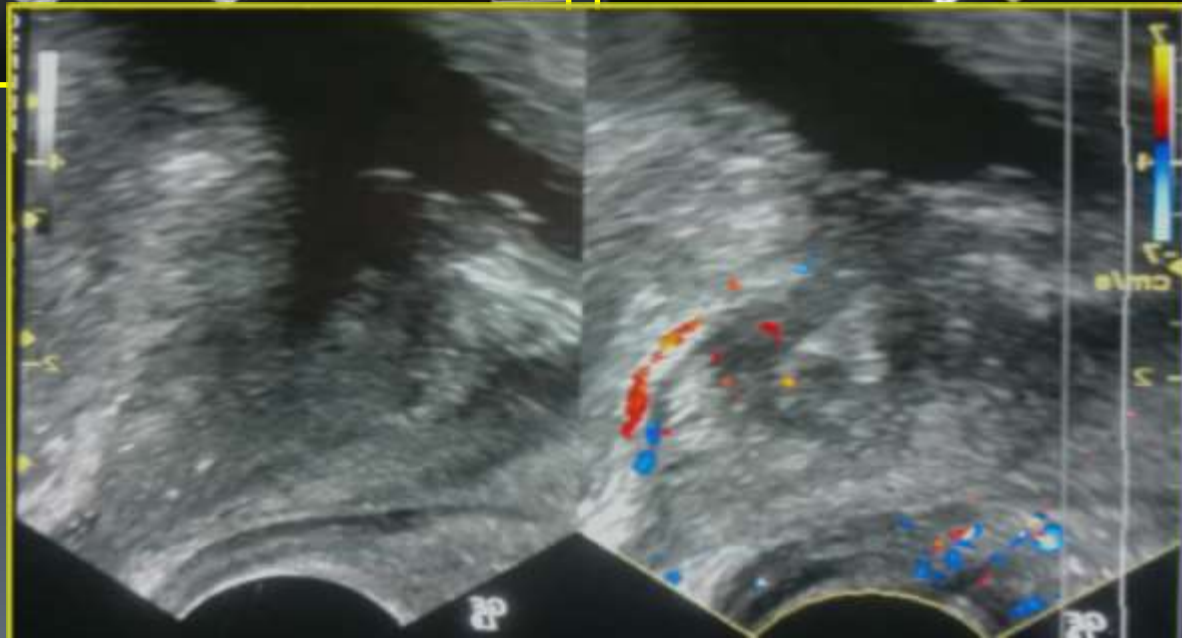
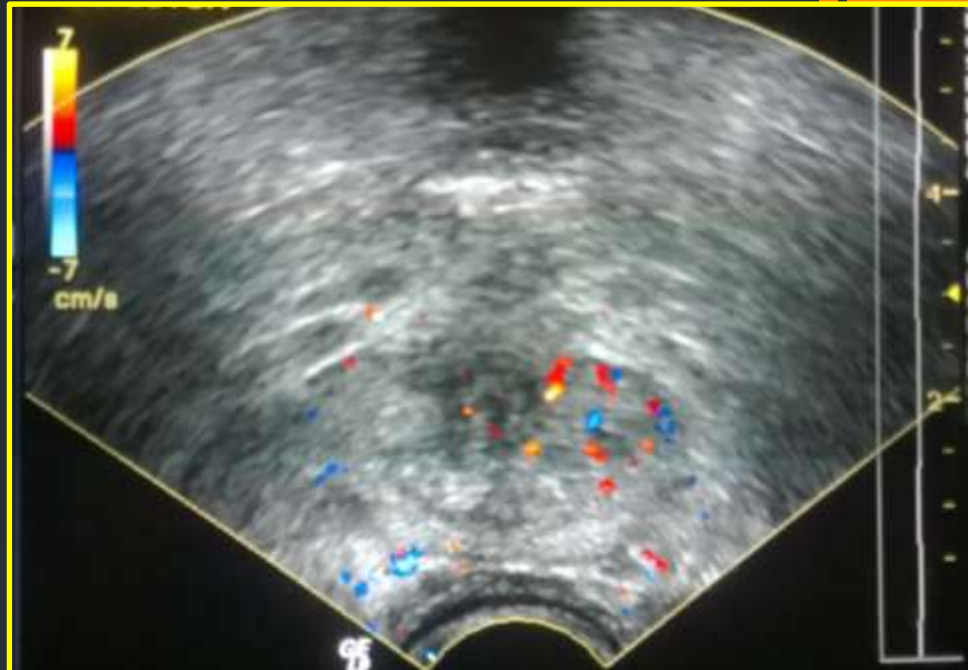
Пациент Д. 1961 г.р. а/карта 10932/14

- При осос **ЖИД**
- Кон кол
- ОА
- ОА
- Бак пол
- ДИА

Микрофлора	Пациент КОЕ/мл	Чувствительность																			
		к антибиотикам*												к бактериофагам							
		Цефалексин	Цефалосп	Цефотаксим	Доксициклин	Рокситромицин	Кларитромицин	Амоксицилин	Спиррамидин	Азитромицин	Офлоксацин	Ципрофлоксацин	Котримоксазол	Фуразолин	Нитроксалин	Стрептококковый	Стафилококковый	Кали-протейный	Интести	Псиба-триофаг*	
 Эшерихиококки	10 ⁸	+	##	##	+	-	-	+	-	+	##	+	+	##				##	##	##	##
Стафилококк золотистый	10 ⁸																				
Стафилококк Коагулазо отрицательный	10 ⁸																				
Стрептококки	10 ⁸																				
Энтерококки	10 ²	+	+	##	##	##	##	##	##	+	+	-	##	##	-			##	##	##	
Др. азробы	10 ⁸																				
Грибы: <i>Candida</i>	10 ⁸	Нистатин			Амфотерицин В			Клотримазол			Кетоконазол			Итраконазол		Флюконазол					

биологических
 кофилена,
 биохимический
 15 мм/ч,
 я, уд. вес
 результаты
 отаксиму,
 статы.

Пациент Д. 1961 г.р. а/карта 10932/14



Пациент Д. 1961 г.р. а/карта 10932/14

- **Лечебная тактика** – антибактериальная (цефепим по 1 г х 2 раза в/м – 5 дней, метронидазол 0,1г х 2 р – в/вк – 5 дней, далее доксициклин по 0,1 х 2 раза в день – 2 недели), противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия **в условиях дневного стационара.**
- После нормализации ОАК пациент был выписан с ЛН к труду , антибактериальная терапия была продолжена до нормализации ОАМ.

- **Особенности наблюдения:**
- Сочетание ДГПЖ и хронического простатита;
- ТУР по поводу ДГПЖ;
- Назначение антибактериальных препаратов исходя из антибиотикограммы
- Адекватное опорожнение мочевого пузыря благодаря ТУР
- Инфузионная терапия – **амбулаторно!!**
- **Преимственность** работы стационара и амбулатории (наблюдение, дальнейшее ведение пациента – в том числе выполнение ТУР простаты для восстановления адекватного мочеиспускания).

• **Схема наблюдения:**



Применение антибиотиков у пожилых пациентов

- **Высокая частота бессимптомной бактериурии и инфекции мочевыводящих путей**, особенно у лиц, находящихся в домах длительного пребывания (интернатах) – пенициллинрезистентные штаммы (БЛРС) до 13,9% E.coli при осложненных ИМП, MRSA.
- **Частая сопутствующая ХПН** – антибиотики с двойным путем элиминации, снижение дозы исходя из клиренса креатинина.
- **Частая полипрагмазия** – важно взаимодействие с препаратами кальция, железа, НПВС, гликозидами, бета-блокаторами.
- Период полувыведения препарата зачастую определяет комплаэнтность пациента к терапии.
- **Снижение кишечной абсорбции** из-за возрастного уменьшения моторики и всасывания в ЖКТ.
- **Частое назначение антибиотиков в анамнезе** по поводу ХОБЛ и рецидивирующей ИМП.
- Чаще встречается **нефро- и ототоксичность** (эритромицин), нейтропения (ко-тримоксазол), флебиты, повышение активности печеночных ферментов и анемия (цефалоспорины).
- Необходимость комбинированного применения антибактериальных препаратов при внебольничных инфекциях крайне редка.
- Необходимость в антимикотической терапии не более 5%.

Пациент И. 1939 г.р. а/карта 12033/11

- 16.12.2014 в ГП 180 по поводу подозрения на рак простаты (ПСА – 9,7 нг/мл) выполнена **полифокальная промежностная биопсия простаты**, за сутки до и послеоперации пациент получал нолицин по 0,4 x 2 раза в день.
- На 2 сутки послеоперационный период осложнился **подъёмом Ттела до 39С с ознобом, болью над лоном, затрудненным мочеиспусканием.**
- При ректальном осмотре – **простата** несколько увеличена, тестоватой консистенции, однородна, **болезненна**, симметрична, **участков флюктуации нет.**

Тактика ведения – УЗИ ОМС, консультация терапевтом, ОАК, ОАМ.

Пациент И. 1939 г.р. а/карта 12033/11

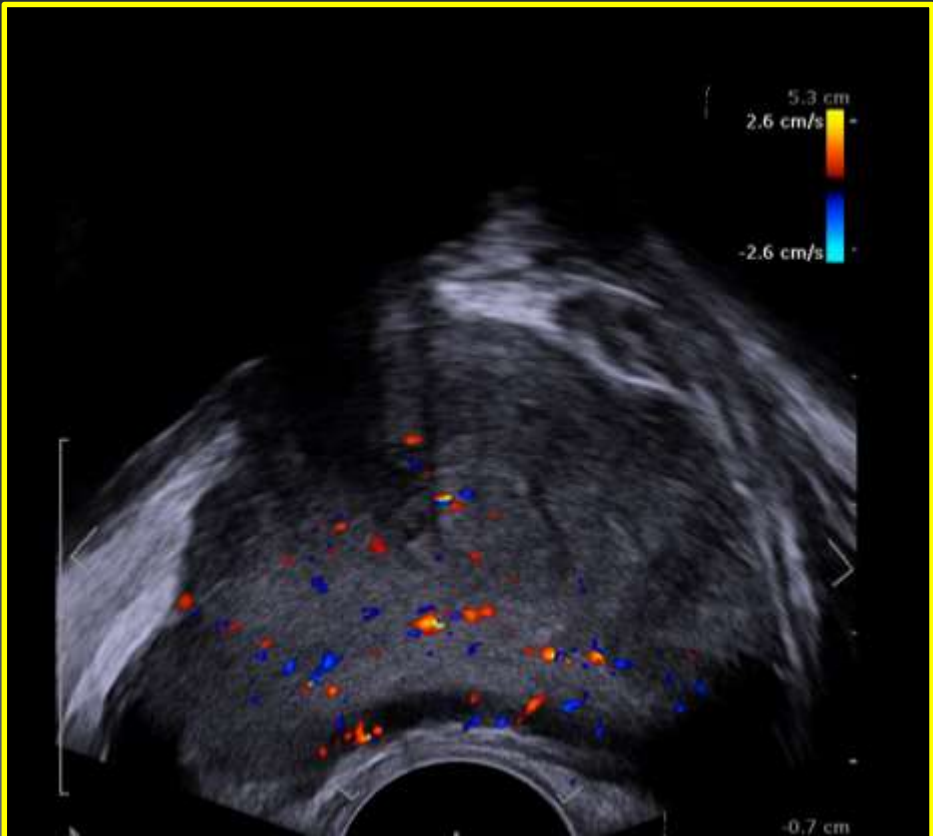
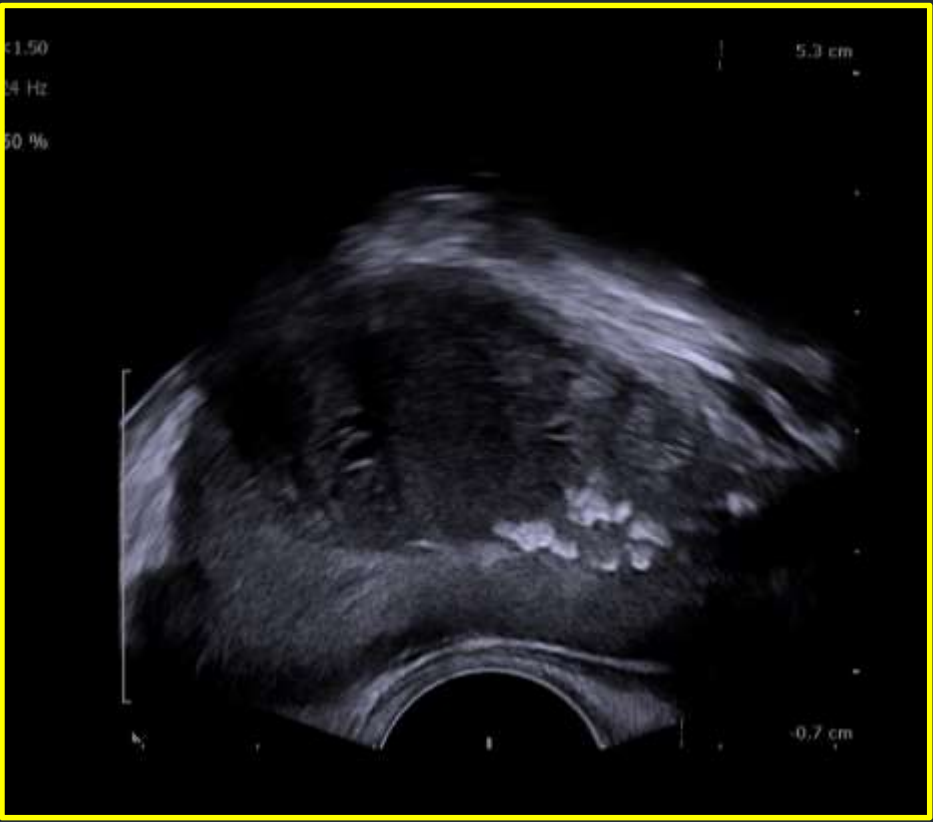


Пациент И. 1939 г.р. а/карта 12033/11

- При УЗИ – почки и мочевого пузыря без патологических особенностей, простата $V= 54$ см³, паренхима железы гидрофильна, жидкостных участков нет. Остаточной мочи – нет.
- ОАК – Л. – $14,7 \times 10^9$./л, Эр. – $4,2 \times 10^{12}$./л, Нв – 139 г/л, СОЭ -19 мм/ч,
- ОАМ – Л – до 10 в поле зрения, Эр. – все поля зрения, уд. вес 1023, бактерий – много.
- Бактериологическое исследование мочи – *E.coli* $\times 10^4$ (результаты получены спустя 6 дней), чувствительность к цефтазидиму, фурадонину, тетрациклинам.

Диагноз – острый простатит, состояние после биопсии простаты, ДГПЖ.

Пациент И. 1939 г.р. а/карта 12033/11

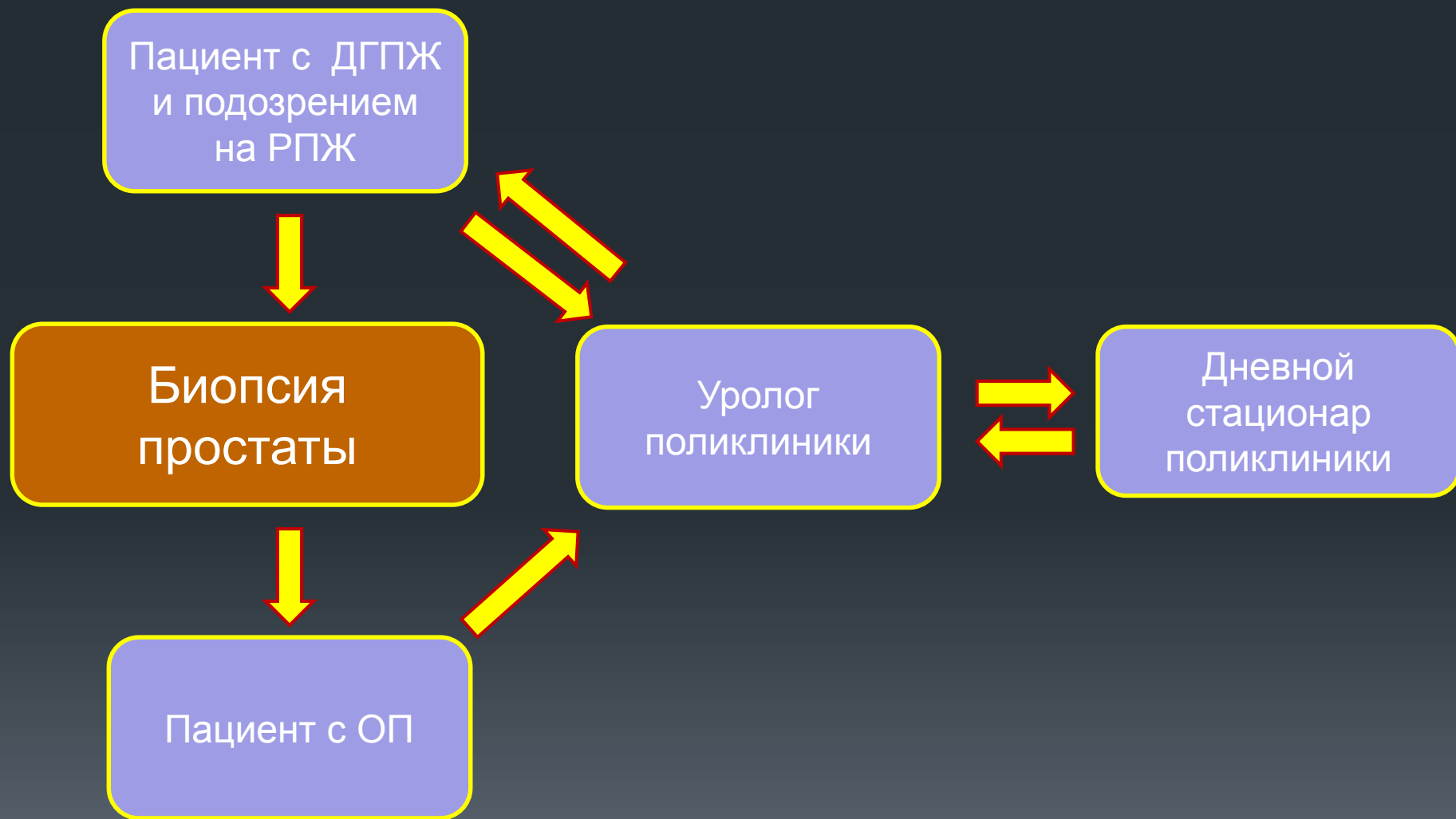


Пациент И. 1939 г.р. а/карта 12033/11

- **Лечебная тактика** – антибактериальная (цефепим по 1 г х 2 раза в/м – 5 дней, метронидазол 0,1 х 2 р – в/вк – 5 дней, далее доксицилин по 0,1 х 2 раза в день – 2 недели), противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия в условиях дневного стационара.
- После нормализации ОАК пациент был выписан с ЛН к труду, антибактериальная терапия была продолжена до нормализации ОАМ

- **Особенности наблюдения:**
- Подозрение на онкологическое заболевание простаты;
- Назначение антибактериальных препаратов исходя из антибиотикограммы
- Адекватное опорожнение мочевого пузыря
- Инфузионная терапия – амбулаторно!!
- Стационар не участвует в лечении, все этапы диагностики и лечения проводятся амбулаторно.

- **Схема наблюдения:**





• Общие черты поликлинических наблюдений пациентов с острым простатитом:

- Сочетание хронического воспаления простаты с её увеличением и инфравезикальной обструкцией
- Наличие провоцирующего фактора (переохлаждение, операция на простате) – особенности **амбулаторного** наблюдения больных
- Важность оценки состояния простаты и адекватного опорожнения мочевого пузыря в динамике (необходим УЗ-контроль) – **талоны!!**
- **Эмпирическое назначение антибактериальных препаратов (антибиотикограмма не всегда имеется)**

- Нет данных о наличии ЗППП (проведение обследования не предусмотрено территориальной программой ОМС)
- Возможность проведения дренирования и инфузионной терапии в амбулаторных условиях – **есть??**
- **Необходимость тесной взаимосвязи амбулаторного и стационарного звена в лечении и диагностике**