



ВНАД в качественно новое состояние с позиций формирования артериальной гипертензии как нозологической формы. Величина КИМ сонных артерий у военно-

служащих с ВНАД может служить дополнительным дифференциально-диагностическим критерием при принятии экспертного решения.

Литература

1. Котовская Ю.В., Троицкая Е.А., Кобалава Ж.Д. Преждевременное старение сосудистого русла: роль артериальной ригидности и возможности медикаментозной терапии с использованием периндоприла А // Consilium Medicum. — 2013. — Т. 15, № 10. — С. 101–107.
2. Крюков Е.В., Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Чернецов В.А., Саркисов К.А., Макеева Т.Г., Захарова Е.Г. Сравнительная характеристика лиц с высоким нормальным уровнем артериального давления в зависимости от размеров комплекса «интима-медиа» сонных артерий // Артериальная гипертензия. — 2016. — Т. 22, № 1. — С. 41–98.
3. Показатели состояния здоровья военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации, а также деятельности военно-медицинских подразделений, частей и учреж-

дений в 1999–2014 гг. // Ежегодный информационно-статистический бюллетень. — М.: ГВМУ МО РФ, 2014. — Т. 15.

4. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии Европейского общества по АГ и Европейского общества кардиологов, 2003 г. // Артериальная гипертензия. — 2004. — № 2. — С. 65–98.
5. Российские рекомендации ВНОК по диагностике и лечению артериальной гипертензии (четвертый пересмотр) // Системные гипертензии. — 2010. — № 3. — С. 2–36.
6. Халафян А.А. Современные статистические методы медицинских исследований. — М.: ЛКИ, 2008. — 320 с.
7. Vasan R.S., Larson M.G., Leip E.P., Evans J.C., O'Donnell C.J., Kannel W.B. et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease // N. Engl. J. Med. — 2011. — Vol. 345 (18). — P. 1291–1297.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.65-002.2

Диагностика и лечение хронического простатита: современное состояние проблемы

МЯГКОВ Ю.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса (andro-myagkov@mail.ru)¹
ЛОТОЦКИЙ М.М., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы (lotmm@gmail.com)²
МЯГКОВА А.Ю.³

¹Филиал № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского, Москва; ²Филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Москва; ³Лечебно-диагностический центр Генерального штаба ВС РФ, Москва

Хронический простатит является полиэтиологическим, одним из частых, клинически и социально значимых заболеваний, которым страдают лица молодого и среднего возраста. В основе лежит доказанный воспалительный процесс. К факторам, снижающим качество жизни при хроническом простатите, относятся преждевременная эякуляция, эректильная дисфункция и бесплодие. При выборе тактики лечения следует опираться на традиционную классификацию простатита NIH-NIDDK (1995), но применение классификации UPOINT позволяет провести дополнительную детализацию категорий простатита и добиться в лечении лучших результатов. Антибактериальная терапия назначается в случаях острого и хронического бактериального простатита и при эмпирической терапии синдрома хронических тазовых болей при наличии клинических и иммунологических признаков инфекции. Лечение хронического простатита должно быть комплексным (широкий спектр лекарственных средств и нелекарственных методов). Включение в комплекс лечебных мероприятий методов физиотерапевтического (нелекарственного) воздействия позволяет значительно снизить количество медикаментозных препаратов, а также повысить их эффективность.

К л ю ч е в ы е с л о в а: хронический простатит, классификации UPOINT, синдром хронических тазовых болей.



Myagkov Yu.A., Lototskii M.M., Myagkova A.Yu. — Diagnosis and treatment of chronic prostatitis: the current state of the problem. Chronic prostatitis is a pluricausal disease, one of the frequent, clinically and socially significant diseases that affect young and middle-aged people. At the heart of this is a proven process of liberation. Factors that reduce the quality of life in chronic prostatitis include premature ejaculation, erectile dysfunction and infertility. When choosing the tactics of treatment, one should rely on the traditional classification of prostatitis NIH-NIDDK (1995), but the use of the UPOINT classification allows for additional detailing of categories of prostatitis and to achieve better results in treatment. Antibiotic therapy is prescribed in cases of acute and chronic bacterial prostatitis and with empirical therapy of chronic pelvic pain syndrome in the presence of clinical and immunological signs of infection. Treatment of chronic prostatitis should be complex (a wide range of medicines and non-medicinal methods). Inclusion of methods of physiotherapeutic (non-drug) treatment into the complex of therapeutic measures allows to significantly reducing the number of medicinal preparations, as well as to increase their effectiveness.

К е у в о р д s: chronic prostatitis, UPOINT classification, chronic pelvic pain syndrome.

Хронический простатит (ХП) является одним из частых клинически и социально весьма значимых заболеваний. Сведения о частоте обнаружения ХП достаточно противоречивы. По данным J.C.Nickel [15], из 1000 обращений мужчин к врачу 76 — по поводу урогенитальных заболеваний, из них 25% в связи с ХП. Главным образом ХП страдают лица молодого и среднего возраста (20–45 лет), т. е. в наиболее трудоспособном и активно репродуктивном возрасте, что определяет всевозрастающее внимание к нему урологов и андрологов. Простатит — самое частое заболевание предстательной железы, преобладающее над доброкачественной гиперплазией предстательной железы и раком простаты по количеству обращений к врачу и затратам на лечение.

Простатитом принято называть доказанный воспалительный процесс, протекающий в предстательной железе. В зависимости от продолжительности заболевания выделяют острую или хроническую форму бактериального простатита (при наличии симптомов более 3 мес). Распространенность ХП, по данным российских авторов, составляет до 40% [3, 4, 7, 8] у мужчин репродуктивного возраста. У 7–36% больных ХП бывает осложнен везикулитом, эпидидимитом, дизурией, нарушением репродуктивной и половой функций [3–5, 7].

Особенно актуальна в настоящее время проблема возникновения ХП у военнослужащих. Факторы, приводящие к заболеванию: гиподинамия, повышенные нагрузки, ночные дежурства, стрессовые факторы, воздействие СВЧ, радиации и т. п. [2, 9]. Согласно анализу базы

данных по ХП, боли отмечаются в области промежности (63%), яичка (58%), во время эякуляции (45%), в лобковой области (40%) и на кончике пениса (32%), почти в 43% наблюдений имеют место дизурические явления. На различные проблемы с мочеиспусканием жалуются около 50–60% больных ХП [1, 17]. У 30–70% при ХП имеет место уменьшение продолжительности полового акта и преждевременная эякуляция [1, 13]. На фоне хронического простатита происходит снижение качества жизни, сопоставимое с таковым при стенокардии, инфаркте миокарда, болезни Крона и сахарном диабете. К факторам, снижающим качество жизни при ХП, относятся эректильная дисфункция и бесплодие [1, 16, 19].

Современная наука рассматривает ХП как полиэтиологическое заболевание. Его возникновение, помимо инфекционных факторов, обусловлено нейровегетативными и гемодинамическими нарушениями, которые сопровождаются ослаблением местного и общего иммунитета, аутоиммунными (воздействие эндогенных иммуномодуляторов-цитокинов и лейкотриенов), гормональными, химическими (рефлюкс мочи в простатические протоки) и биохимическими процессами, а также абберациями пептидных факторов роста [1, 7]. В процессе многочисленных практических исследований установлено, что активность воспалительного процесса в предстательной железе слабо коррелирует с клинической картиной заболевания.

В настоящее время наиболее распространенной является классификация простатита, предложенная Нацио-



Таблица 1

**Классификация простатита
(NIH-NIDDK, 1995)**

Категория I	Острый бактериальный простатит
Категория II	Хронический бактериальный простатит
Категория III	Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли
Категория IIIA	Воспалительный
Категория IIIB	Невоспалительный
Категория IV	Асимптоматический воспалительный простатит

нальным институтом здоровья США и Национальным институтом диабета, пищеварения и болезни почек в 1995 г. (табл. 1).

Более 95% больных хроническим простатитом приходится на категорию III. Границы между различными формами простатита размыты. Точность диагноза определяется глубиной и полнотой обследования. По данным проведенных ранее исследований, к факторам риска *хронического простатита / синдрома хронической тазовой боли* (ХП/СХТБ) относятся особенности питания и образа жизни: ночная работа, гиподинамия, курение, употребление алкоголя, острой пищи, потребление малого количества жидкости и большой интервал между мочеиспусканиями, избыточная сексуальная активность, искусственное пролонгирование полового акта [11]. Однако классификация NIH-NIDDK, широко распространенная в мире, не является повсеместно признанной. Существует и другой, более современный принцип классификации – система, основанная на клиническом фенотипе ХП/СХТБ – UPOINT [14, 18, 19]. UPOINT используется для классификации у мужчин с ХП/СХТБ, чтобы учитывать их клинический фенотип при выборе терапии. Применение классификации UPOINT и выделение клинического фенотипа (Urinary – мочевого, Psychosocial – психосоциального, Organ-centric – органоцентрического, Infection – инфекцион-

ного, Neugenic/systemic – нейрогенного, Tenderness – болевого) ХП/СХТБ позволяет провести мультифокальную патогенетическую терапию для каждого из 6 определенных доменов, что приводит к улучшению клинических результатов у 75–84% пациентов [1, 11, 14].

Материал и методы

На базе урологического центра ГВКГ им Н.Н.Бурденко и Филиала № 2 3 ЦВКГ им А.А.Вишневского за 20 лет прошли стационарное лечение по поводу простатита 1303 больных. Их возраст составил от 18 до 53 лет (средний возраст 35,5 года). В большинстве случаев (до 80,2%) это были действующие военнослужащие: проходящие военную службу по призыву и по контракту, а также офицеры и прапорщики запаса. У 23% пациентов хронический простатит сочетался с сексуальными расстройствами (нарушение либидо, расстройства эякуляции и оргазма, эректильная дисфункция), что требовало определенной коррекции, как консервативной, так и хирургической.

Разделение этиологических факторов условно, т. к. следствием конгестии является активизация инфекции с последующим развитием в предстательной железе инфекционного процесса. Распределение больных по категории простатита с учетом этиологического фактора и клинического течения представлено в табл. 2.

Обследование больных проводилось в соответствии с алгоритмом Европейской ассоциации урологов [12] и стандартом первичной медицинской помощи при хроническом простатите [6]. Целесообразно включать в клиническое обследование опросник Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI), который позволяет оценить боль и симптомы нижних мочевых путей, а также выраженность других проявлений патологии (повышение температуры, болевые симптомы) и влияние этих симптомов на жизнедеятельность, качество жизни.

Шкала NIH-CPSI может быть использована для изменения симптомов с течением времени и оценки эффек-



тивности лечения [8, 17, 19]. Целесообразна также оценка уровня тревожности или стресса. Таким образом, основными проявлениями заболевания являются боль различной локализации и симптомы нижних мочевых путей, данные анамнеза, пальцевого ректального исследования.

Лабораторные исследования при простатите включали: общий анализ и посев мочи; исключение инфекций, передаваемых половым путем, методом полимеразной цепной реакции (*C. trachomatis*, *M. hominis*, *U. urealyticum* и т. п.;

4-стаканную пробу (по Meares и Stamey); урофлоуметрию и определение остаточной мочи; культуральные исследования секрета простаты, мочи, полученной после массажа простаты, и/или спермы. Выделенный бактериальный штамм считался возбудителем заболевания, если концентрация колониеобразующих единиц в секрете простаты или в моче, полученной после массажа простаты, превышала концентрацию в средней или первой порции мочи в 10 и более раз [10, 12]. Ультразвуковое исследование в настоящее время не

Таблица 2

Распределение больных по категории простатита с учетом этиологического фактора и клинического течения

Категория	Абс. число/%	Этиологический фактор	Симптомы и клинические проявления заболевания
Категория I Острый бактериальный простатит	31/2,4	<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> spp., <i>P. mirabilis</i> , <i>Enterococcus faecalis</i> , <i>P. aeruginosa</i>	Лихорадка и ухудшение общего состояния, дизурия, вплоть до острой задержки мочи, болезненность при пальпации нижних отделов живота. Выраженная болезненность простаты при ректальной пальпации. Лейкоцитурия, слизь, бактерии в моче.
Категория II Хронический бактериальный простатит	234/17,9	Тот же, что и для категории I, а также <i>Staphylococcus</i> , <i>Streptococcus</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>U. urealyticum</i> , <i>M. hominis</i>	Менее выраженная симптоматика, чем у I категории, без пиурии, но также боль в промежности, яичках, над лобком, гематоспермия. Увеличение количества лейкоцитов в эякуляте, секрете простаты и после массажа простаты
Категория III Хронический абактериальный простатит – СХТБ			
III А Воспалительный	598/45,9	—	Клинические признаки те же, что I–II, в т. ч. признаки воспаления в простате, но без диагностированного присутствия микроорганизмов в секрете простаты при бактериоскопии и без бактериурии
III В Невоспалительный	421/32,3	—	Клинические признаки те же, что и для I, II, III А, но без диагностированной бактериоспермии, бактериурии и увеличения концентрации лейкоцитов в секрете простаты, сперме и моче
Категория IV Асимптоматический простатит	19/1,5	—	Увеличение концентрации лейкоцитов в секрете простаты, эякуляте и/или моче или гистологически диагностированное воспаление в простате без клинических проявлений



входит в рекомендации Европейской ассоциации урологов, однако УЗИ-исследование позволяет выявить фиброз и кальцинаты простаты; диагностировать нарушение дренажной функции семенных пузырьков, что часто бывает связано с болевой симптоматикой; устанавливать нарушения кровообращения в простате и малом тазу, играющие существенную роль в патогенезе ХП/СХТБ; выявить очаги, подозрительные на малигнизацию. Определение простатического специфического антигена для пациентов старше 50 лет считаем обязательным. Уролог должен принять решение, какие исследования необходимо выполнять для каждого конкретного пациента.

Наш диагностический алгоритм обследования больного хроническим простатитом включал следующие этапы.

Первый этап диагностики (обязательный объем) проводился всем пациентам (сбор жалоб с заполнением стандартного опросника жалоб, сбор анамнеза жизни, анамнеза заболевания, осмотр и физикальное исследование, лабораторные исследования, ультразвуковое исследование). Для сбора жалоб и анамнеза нами применялась система суммарной оценки симптомов при хроническом простатите. Полнота сведений, полученных о пациенте с учетом не только данных о перенесенных заболеваниях, но и социального и сексуального анамнеза, значительно облегчала постановку диагноза «хронический простатит», позволяла наметить пути дифференциальной диагностики, систематизировать данные и сохранить преемственность в ведении больного и проводимом лечении. На этапе клинической диагностики наиболее ценную информацию мы получали при пальцевом ректальном исследовании. Лабораторная диагностика основывалась на интерпретации данных микроскопии 3 порций мочи и секрета предстательной железы. Из методов ультразвукового исследования наиболее информативным является *трансректальное ультразвуковое исследование* (ТРУЗИ) — «золотой стандарт» в ультразвуковой диагностике заболеваний предстательной железы. Обязательно определяли количество остаточной мочи.

Второй этап диагностики (рекомендуемые исследования) также выполнялся всем пациентам с подозрением на хронический бактериальный простатит (лабораторные исследования, уродинамическое исследование — урофлоуметрия 2–3-кратно, комплексное психологическое исследование). Лабораторная диагностика расширялась до проведения культуральных исследований, ПЦР-диагностики и ряда других методов в целях выявления возбудителя хронического воспаления. Учитывая высокую резистентность микрофлоры, поддерживающей хроническое и рецидивирующее течение хронического простатита, а также наличие так называемых общих симптомов болезни, мы проводили иммунологические исследования (иммунограмму, интерфероновый статус) у лиц старше 45 лет, также в качестве скрининга рака предстательной железы определяли сывороточный уровень простатспецифического антигена. Объективизировать характер и степень нарушения мочеиспускания может урофлоуметрия. Для изучения психического статуса больных хроническим простатитом выполняли комплексное психологическое исследование (тестирование по нашей оригинальной методике, разработанной совместно с психологами Филиала № 2 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого).

Третий этап диагностики (дополнительные исследования) выполняли при наличии соответствующих показаний (исследование эякулята, инвазивные уродинамические исследования, эндоскопические и рентгенологические исследования, биопсия предстательной железы).

При сочетании ХП с бесплодием мы исследовали эякулят (спермограмма по Крюгеру, MAR-test, культуральное исследование). При отсутствии воспалительных изменений в секрете предстательной железы и неясной этиологии дизурических расстройств для исключения нестабильности детрузора, кроме стандартной урофлоуметрии, больным выполнялась цистометрия и профилометрия на АПК Wiest 7000 (Австрия), АПК Delphis (Канада).



В определенных случаях (наличие дизурических расстройств, эякуляторной дисфункции, нарушений оргазма) при отсутствии признаков воспаления в предстательной железе и уретре для исключения часто сопутствующего ХП колликулита и склероза шейки мочевого пузыря считаем целесообразным проведение эндоскопических и рентгенологических исследований. При длительно текущих воспалительных процессах в предстательной железе, плохо поддающихся адекватной терапии, а также подозрении на новообразование пациентам выполнялась мультифокальная трансперинеальная или трансректальная пункционная биопсия предстательной железы под ультразвуковым контролем.

По нашему мнению, лечение больных ХП должно основываться на данных проведенного обследования, быть комплексным и предусматривать воздействие на все звенья этиологии и патогенеза заболевания. В урологическом центре ФГКУ ГВКГ им. Н.Н.Бурденко и Филиале № 2 ФГБУ 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского МО РФ для лечения хронического простатита успешно применялся АПК для гипертермии и термотерапии «ПРИМУС» (Дания).

Цель восстановительного лечения больных ХП заключалась в восстановлении трудоспособности, предотвращении обострений заболевания и в нормализации функции предстательной железы. Комплексная восстановительная программа пациента с ХП включала:

- восстановление микроциркуляции и реологических свойств крови;
- восстановление адекватного дренирования акинусов предстательной железы;
- повышение общей резистентности организма;
- проведение этиотропной терапии;
- коррекцию основных симптомов заболевания;
- психотерапию и психокоррекцию;
- санаторно-курортное лечение;
- профилактику обострений хронического простатита.

Традиционно у пациентов с ХП использовали следующие методы лечения:

- антибиотикотерапия (фторхинолоны, тетрациклины, макролиды, цефалоспорины);
- препараты, улучшающие кровоснабжение в органах малого таза (гирудотерапия, трентал, галидор, эскузан, анавенол, детралекс);
- препараты, стимулирующие неспецифическую резистентность организма (интерфероны, амиксин, неовир, галавит, деринат, полиоксидоний, виферон, кипферон, миелопид, урваксом и др.);
- ферментные препараты и эубиотики (вобензим, церулоплазмин и др.);
- витамины (группы В, Е, С и Р, а также комплексные витаминные препараты с микроэлементами – цинком, магнием);
- антигистаминные препараты (диазолин, кетотифен, фенкарол, лоратадин и др.);
- ингибиторы простагландинов – нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, ибупрофен, пиридиум и др.);
- препараты растительного происхождения (тыквеол, простанорм, гентос, пепонен);
- альфа-аденоблокаторы (омник, урорек, дalfаз ретард и др.);
- антихолинергические препараты (солифенацин, мирабигрон, телтородин, оксibuтинин);
- габапентиноиды: (нейротин, габаμμα);
- миорелаксанты (тизанидин, толперизон);
- антидепрессанты (дулоксетин, венлафаксин, имипрамин, амитриптилин и др.);
- противокандидозные препараты (дифлюкан, микосист и др.);
- массаж предстательной железы;
- фитотерапия (кверцетин, кю-урол, чернилтон, со-пальметто, простамол уно и др.);
- физиотерапия (тепловые процедуры, низкочастотная магнитотерапия, виброакустическая терапия, ультразвуковая терапия, низкоинтенсивная лазеротерапия, микроволновая гипертермия и термотерапия и т. п.);
- психотерапия (личноcтно ориентированная (патогенетическая), разъяснительная и рациональная, косвенная, гипно-суггестивная психотерапия и программ-



рование, групповая психотерапия, семейная биоакустическая психокоррекция, функциональная музыкотерапия);

— хирургическое лечение (трансуретральная игольчатая абляция, инъекции Onabotulinumtoxin A в простатическую часть уретры и т. п.).

Руководством к назначению лечения служит стандарт первичной медико-санитарной помощи при ХП.

Основными ошибками в лечении ХП являются: выбор терапии без учета категории ХП, неверный выбор лекарственных препаратов, их неправильная дозировка, неправильная продолжительность курсового лечения.

Адекватное проведенное восстановительное лечение хронического простатита приводило у подавляющего числа пациентов к клиническому выздоровлению или стойкой ремиссии. Судить об излеченности хронического простатита представляется возможным только на основании комплекса показателей.

Критерии излеченности хронического простатита: исчезновение жалоб и нормализация общего состояния больного, нормализация или улучшение данных пальпации предстательной железы и данных ультразвукового исследования, стойкая нормализация состава секрета предстательной железы, исчезновение возбудителя из секрета предстательной железы, нормализация цитологической картины секрета простаты, а также половой жизни и репродуктивной функции.

Даже после исчезновения жалоб и нормализации клинических и лабораторных показателей большинству пациентов с ХП рекомендовано проведение санаторно-курортного лечения (Пятигорский, Марфинский военные санатории). Основными мероприятиями санаторно-курортного этапа являются — восстановление функции предстательной железы, восстановление микрофлоры кишечника после длительного приема антибактериальных препаратов, восстановление психоэмоционального статуса пациента. Как правило, этим целям служат аэротерапия, фитотерапия, грязелечение, бальнеотерапия, лечебная физкультура, проведение психотерапии и психокоррекции.

Результаты и обсуждение

С доказанной эффективностью проведено лечение больных с ХП категории II, вызванным установленными инфекциями. У наших больных положительный бактериологический эффект после завершения антибактериальной терапии (фторхинолоны, тетрациклины, макролиды, цефалоспорины) наблюдался в 95,4% случаев. У 4,6% больных после лечения в посеве эякулята был обнаружен рост микрофлоры, в последующем им потребовался повторный курс антибактериальной терапии. Длительность лечения хронического бактериального простатита составляла 4–6–12 нед. Для снижения тонуса шейки мочевого пузыря и протоков предстательной железы широко использовали альфа-адреноблокаторы (тамсулозин, альфузозин). При сходном действии препаратов каждый имеет свои особенности: альфузозин не вызывает ретроградной эякуляции, тамсулозин не влияет грубо на изменение артериального давления.

При простатите категории III/СХТБ проводили превентивное лечение антибактериальными препаратами в течение 2–4 нед. Это приводило к снижению количества лейкоцитов в секрете предстательной железы и эякуляте; таким образом, «стерильный» ХП на самом деле вызывался микроорганизмами, не выявленными стандартными методами в посевах (*Chlamydia*, *Mycoplasma* spp., *U. urealyticum* и т. п.). Для лечения данной категории ХП использовали также альфа-адреноблокаторы, нестероидные противовоспалительные препараты, препараты других групп.

Пациентам с болевым синдромом и признаками психологического стресса проводили психологическое тестирование (по нашей методике) и психологическое консультирование. Эффективность лечения этой группы составила 80%. Некоторым больным проводились повторные курсы лечения с привлечением специалистов других специальностей. В настоящее время стали проводить лечение с использованием классификации UPOINT. Считаем необходимым сообщать пациентам об исходных причинах ХП.



С пациентом необходимо обсудить вопросы дифференциальной диагностики заболеваний половых органов (ХП, рак предстательной железы, бесплодие, сексуальные расстройства). Описать полный анамнез больного и дать информацию о предстоящих обследованиях. Проинформировать пациента о положительных и отрицательных результатах диагностических тестов, подтверждающих бактериальную природу заболевания, и влиянии результатов на будущее лечение.

Таким образом, больные, страдающие простатитом, представляют собой чрезвычайно неоднородную группу. Если при остром простатите приоритет в обследовании и лечении в большинстве случаев принадлежит урологу, то при хронических простатитах пациент оказывается в зоне интересов врачей различных специальностей (невролога, психиатра, мануального терапевта или специалиста по лечению болевых синдромов, психолога/сексолога и т. п.), особенно это относится к так называемым абактериальным простатитам.

Считаем важными моментами в оценке состояния, опросе и обследовании больных ХП: их возраст (чаще простатит возникает у мужчин репродуктивного возраста), наличие инфекций, передающихся половым путем. Число бактериальных простатитов (т. е. простатитов категорий I–II) в их структуре, по нашим и иным данным, невелико и составляет около 10–20% [1, 3, 7]. Необходимо довести до сведения больного, что наличие воспалительного очага в предстательной железе может приводить к периодическим обострениям на протяжении длительного времени, пока не будет достигнута полная санация в результате успешного лечения.

Лечение больных с асимптоматическим воспалительным простатитом проводилось при бесплодии, выявлении при микробиологическом исследовании возбудителей инфекций, передающихся половым путем, при предстоящем плановом оперативном вмешательстве на предстательной железе.

В настоящее время основным методом исследования для исключения/подтверждения бактериальной природы простатита служит 3-стаканная проба (Meares и Stamey) мочи с посевом и антибиотикограммой. На этом исследовании и основана современная классификация простатитов по категориям и выделение группы больных с абактериальным простатитом – СХТБ (категория III). Применение же классификации UPOINT и выделение клинического фенотипа ХП/СХТБ позволяет провести мультифокальную патогенетическую терапию для каждого из 6 определенных доменов, что приводит к улучшению клинических симптомов у 75–84% пациентов.

Заключение

Диагностика ХП должна опираться на междисциплинарный подход с привлечением специалистов различных специальностей и основываться на проведении тщательного комплексного обследования.

При выборе тактики лечения урологи опираются на традиционную классификацию простатита NIH-NIDDK (1995), но применение современной классификации UPOINT позволяет провести большую детализацию категорий простатита и добиться в лечении больших успехов. Лечение пациента с ХП должно быть комплексным и включать в себя методы воздействия на все звенья патогенеза.

Диагноз ХП не означает автоматическое назначение антибактериальных препаратов. Антибактериальная терапия назначается в случаях острого и хронического бактериального простатита и при эмпирической терапии синдрома хронических тазовых болей (хронического абактериального простатита) при наличии клинических и иммунологических признаков инфекции.

Включение в комплекс лечебных мероприятий методов физиотерапевтического воздействия позволяет значительно снизить количество и дозы медикаментозных препаратов, а также повысить их эффективность.



Литература

1. Божедомов В.А. Хронический простатит: новая парадигма лечения // Урология. — 2016. — № 3 (прил.). — С. 1–13.
2. Иванов В.Н. Разработка системы медицинской реабилитации летного состава и других категорий специалистов операторского профиля в условиях многопрофильного госпиталя: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1998. — 275 с.
3. Интегративная урология: Руководство для врачей / Под ред. П.В.Глыбочко, Ю.Г.Аляева. — М.: Медфорум, 2014. — 432 с.
4. Клинические рекомендации по андрологической урологии / Под ред. П.А.Щеплева. — М.: Медфорум, 2016. — 120 с.
5. Практическая урология: Руководство для врачей / Под ред. П.В.Глыбочко, Ю.Г.Аляева. — М.: Медфорум, 2012. — 352 с.
6. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при хроническом простатите. Приложение к приказу МЗ РФ от 09.11.2012 г. № 775.
7. Урология: Национальное руководство / Под ред. Н.А.Лопаткина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1024 с.
8. Урология: Российские клинические рекомендации / Под ред. Ю.Г.Аляева, П.В.Глыбочко, Д.Ю.Пушкарка. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 480 с.
9. Ярман В.В., Новиков А.И., Михайличенко В.В. Бесплодие, половая конституция и половые расстройства: Монография. — СПб, 2015. — 72 с.
10. Anothaisintawee T., Attia I., Nickel J.C., Thammakraisorn S., Numthavaj P., McEvoy M., Thakinstian A. Management of chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome: a systemic review and network meta-analysis // JAMA. — 2011. — Vol. 305. — P. 78–86.
11. Chen X., Hu C., Peng Y., Lu J., Yang N.Q., Chen L., Zhang G.Q., Tang L.K., Dai J.C. Association of diet and lifestyle with chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome and severity: a case-control study // Prostate Cancer Rostatic Dis. — 2016. — Vol. 19. — P. 92–99.
12. Grabe M. (Chair), Bartoletti T.E., Bjerklund Johansen et al. Guidelines on urological infections. ©European Association of Urology. — 2015. — P. 40–46.
13. Hatzimouratidis K. (Chair), Eardley I., Giuliano F. et al. Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation. ©European Association of Urology. — 2015. — P. 145–160.
14. Nickel J.C. Prostatitis // Can. Urol. Assoc. J. — 2011. — Vol. 5. — P. 306–315.
15. Nickel J.C. Prostatitis: managment strategies // Urol. Clin. N. Am. 1999. — Vol. 26. — P. 737–751.
16. Polacwich A.S., Shoskes D.A. Chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome: review of evaluation and therapy // Prostate Cancer Prostatic Dis. — 2016. — Vol. 19. — P. 132–138.
17. Rees J., Abrahams M., Doble A., Cooper A. For the Prostatitis Expert Reference Group (PERG). Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline // BJU Int. — 2015. — Vol. 116. — P. 509–525.
18. Shoskes D.A., Nickel J.C., Kattan M.W. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT // Urology. — 2010. — Vol. 75. — P. 1249–1253.
19. Smith C.P. Male Chronic pelvic pain: An update // Indian J. Urol. — 2016. — Vol. 32. — P. 34–39.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Военнослужащие медицинского отряда специального назначения вернулись в Краснодарский край после командировки в Сирию, где они обеспечивали работу госпиталя для гражданского населения.

«Поздравляю бойцов 32-го отдельного медицинского отряда с успешным выполнением особых задач и возвращением домой! В тяжелых, порой невыносимых, условиях вы спасали жизни людей и дарили им надежду», — сказал на торжественной церемонии встречи заместитель начальника штаба Воздушно-десантных войск **Олег Пальгуев**.

В составе группы около 30 человек: врачи, средний медицинский персонал и специалисты вспомогательных служб отдельного медицинского отряда гвардейского десантно-штурмового (горного) соединения. В Сирии они обеспечивали работу российского Центра по примирению враждующих сторон.

Отряд оказал помощь 20 тыс. человек, в т. ч. 5 тыс. детей, военно-медицинскими специалистами проведено более 500 хирургических операций. Российские специалисты находились в Сирии около двух с половиной месяцев. Как отметил командир отряда, работа медицинских специалистов осложнялась жарким климатом.

«Два года вы и ваши коллеги из других регионов РФ выполняли свой долг в Сирии. Вы оказывали помощь не только нашим солдатам, но и мирному населению. Не только навыки и знания нужны были вам, чтобы выполнять свою работу, но и мужество. Вы герои, настоящие герои нашего времени, мы гордимся вами. И гордятся вами ваши семьи, и наконец-то они смогут спать спокойно, потому что вы дома», — подчеркнул губернатор Краснодарского края **Вениамин Кондратьев**.

Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 14 декабря 2017 г.
https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12154903@egNews