

Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УРОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО  
НОЗОЛОГИИ  
«ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОСТАТИТ»**

Ташкент – 2025

**“СОГЛАСОВАНО”**

**Директор Республиканского**

**специализированного научно-практического**

**врачебного центра урологии**

**Ш.Т. Мухтаров**

” “ \_\_\_\_\_ ” 2025 год



**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО  
НОЗОЛОГИИ  
«ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОСТАТИТ»**

Ташкент – 2025

## **СОДЕРЖАНИЕ**

<b>НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОСТАТИТ».....</b>	<b>5</b>
<b>НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО МЕДИЦИНСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОСТАТИТ».....</b>	<b>26</b>
<b>НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОСТАТИТ».....</b>	<b>35</b>

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО  
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОЗОЛОГИИ  
«ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОСТАТИТ»**

Ташкент – 2025

## 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Настоящие клинические протоколы разработаны специалистами Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии (РСНПМЦУ), «Научного общества урологов Узбекистана», «Общества детских урологов Узбекистана» и специалистами Ташкентской медицинской академии на основе инструкций, рекомендаций и информации Европейской Ассоциации урологов (EAU) и учёными в данной области.

Группа авторов полностью поддерживает мнения международных экспертов и считает необходимым отметить, что клинические протоколы представляют собой наиболее правдивую и доступную опытным специалистам информацию на момент публикации. Они ни в коей мере не могут заменить клинический опыт при определении тактики лечения отдельного пациента, но помогут сделать выбор с учетом специфических особенностей пациента и его предпочтений.

Национальные клинические протоколы являются пособием для диагностики, реабилитации и профилактике Острого бактериального простатита (Acute bacterial prostatitis) по шифру МКБ-10 – N41 и МКБ11 – GA91 и могут быть использованы врачами-урологами всех ЛПУ Республики.

### Шифры Международной классификации болезней – МКБ-10/11:

МКБ-10	
Код	Название
N41	Острый бактериальный простатит <a href="https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N41.0">https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N41.0</a>

МКБ-11	
Код	Название
GA91	Острый бактериальный простатит <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1594247995">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1594247995</a>

### Дата разработки и пересмотра национального клинического протокола

Национальный клинический протокол разработан в 2025 году. Пересмотр протокола осуществляется каждые 5 лет или при изменении уровня доказательности диагностики, лечения, реабилитации и профилактики.

### Ответственное учреждение по разработке национального клинического протокола

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии (РСНПМЦУ).

### **Члены мультидисциплинарной рабочей группы:**

**Мухтаров Шухрат Турсунович** – директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии, д.м.н., доцент.

**Акилов Фарход Атауллаевич** – заведующий кафедрой урологии Ташкентской медицинской академии, д.м.н., профессор.

**Гайбуллаев Асилбек Асадович** – ректор частного медицинского университета «European Medical University», д.м.н., профессор.

**Кариев Саидахроп Саидасланович** – декан хирургического факультета центра развития квалификации медицинских работников, д.м.н., доцент.

**Агзамходжаев Саиданвар Талатович** – заведующий кафедрой урологии и детской урологии Ташкентского педиатрического медицинского института, д.м.н.

**Рахматуллаев Акмал Абадбекович** – заведующий кафедрой детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института, д.м.н., доцент.

**Тилляшайхов Мирзаголиб Нигматович** – директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, д.м.н., профессор.

**Ахмедов Рустам Носирович** – руководитель отделения урологии Республиканского экстренного медицинского центра, д.м.н.

**Рахматов Максуд Мирзаевич** – ведущий специалист, фтизиоуролог Республиканского специализированного научно-практического центра фтизиатрии и пульмонологии.

**Умаров Азиз Рустамович** – заместитель главного врача по родовспоможению многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии.

**Тоиров Бобур Акбарович** – заведующий отделением дерматокосметологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и косметологии, д.м.н.

**Кариев Сарвар Собиржонович** – ведущий специалист, нефролог Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии, к.м.н.

**Субботин Марк Борисович** – заведующий отделением интенсивной терапии и реанимации Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

**Фозилов Абдукодир Абдукаххорович** – ведущий специалист, андролог-сексопатолог Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

**Адилходжаев Аскар Анварович** – научный секретарь Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, д.м.н.

**Иноятгов Умид Нуриллаевич** – ведущий специалист, патологоанатом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

**Абдуфаттаев Улугбек Авазжанович** – ведущий специалист, врач ультразвуковой диагностики Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

**Абдукаримов Боходир Хошимович** – заместитель директора Республиканского специализированного научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы.

**Тохиоров Алишер Обидович** – заместитель главного врача центральной многопрофильной поликлиники Алмазарского района города Ташкента.

#### **Авторы:**

**Гиясов Шухрат Искандарович** – профессор, кафедра урологии Ташкентской медицинской академии.

**Закиров Хаёт Камилович** – врач уролог высшей категории, заведующий ЛДО Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

**Касимов Сафожон Самукджанович** – ассистент кафедры Урологии ТМА.

#### **Рецензенты:**

**Перепанова Тамара Сергеевна** – д.м.н., профессор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, член правления секции инфекций в урологии ЕАУ, Российская Федерация.

**Юлдашев Файзулла Юлдашевич** – д.м.н., заведующий курсом урологии, научный сотрудник кафедры хирургии Ферганского медицинского института общественного здравоохранения.

#### **Обсуждение проекта национального клинического протокола.**

Национальный клинический протокол рассмотрен и утвержден на №\_\_ Научном совете Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии \_\_\_\_\_ 2025 года.

#### **Техническая оценка и редактирование национальных клинических протоколов и стандартов:**

**Кариев Саидахор Саитасланович** – д.м.н., доцент кафедры урологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

**Агзамходжайев Саиданвар Талатович** – д.м.н., заведующий кафедрой детской урологии Республиканского детского национального медицинского центра.

#### **Экспертная оценка национальных клинических протоколов и стандартов от специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:**

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И., начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

## **Список сокращений**

ЕАУ	– Европейская ассоциация урологов
ИМВП	– Инфекция мочевыводящих путей
КТ	– Компьютерная томография
НПВС	– Нестероидные противовоспалительные средства
ОАК	– Общий анализ крови
ОАМ	– Общий анализ мочи
УД	– Уровень достоверности
УЗИ	– Ультразвуковое исследование
УР	– Уровень рекомендаций
ОБП	– острый бактериальный простатит
СХТБ	– синдром хронической тазовой боли
ПЖ	– предстательная железа

## **Пользователи протокола:**

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, специализированный научно-практический медицинский центр урологии, филиалы центра с юридическим статусом, филиалы центра на базе Областного многопрофильного медицинского центра, отделения урологии на базе высших учебных заведений, областная многопрофильная медицинская поликлиника, отделения урологии районных/городских медицинских центров, врачи-урологи и семейные врачи районных/городских многопрофильных медицинских поликлиник.

## **Категория пациентов в данной нозологии.**

Больные с инфекцией мочевыводящих путей.

## Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

### Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)

Уровни достоверности доказательств	
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Не сравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

### Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

Уровни достоверности доказательств	
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

### Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

Уровни убедительности рекомендаций	
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по

## 2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

### 2.1. Введение.

Острый бактериальный простатит — это заболевание, диагностируемое клинически на основании признаков воспаления и инфекции, локализующихся в ПЖ [ЕАУ 2019].

Острый бактериальный простатит в структуре воспалительных заболеваний простаты составляет 5-10%. Заболевание возникает в основном в репродуктивном возрасте (35-50лет). По различным данным, хроническим простатитом страдают от 8 до 35% мужчин в возрасте от 20 до 40 лет. Установлено также, что у мужчин хронический бактериальный простатит в большинстве случаев является причиной рецидивирующих инфекций мочевых путей.

### 2.2. Общее определение.

Острый бактериальный простатит – это заболевание, которое вызывается бактериальными патогенами.

#### Этиология.

Простатит является распространенным заболеванием, однако бактериальная инфекция выделяется менее чем в 10% случаев. Ведущими возбудителями ОБП являются энтеробактерии, в частности *E. coli*. Кроме этого может встречаться *Pseudomonas*, *Klibsiella*, *Proteus*, *Enterococcus*, *Stphilococcus aureus*. У пациентов с иммунодефицитом или ВИЧ-инфекцией простатит может вызываться такими «привередливыми» возбудителями, как *Mycobacterium tuberculosis*, *Candida* spp., а также редкими патогенами, например *Coccidioides immitis*, *Blastomyces dermatitidis* и *Histoplasma capsulatum*

### 2.3. Классификация варикоцеле и СХТБ по NIDDK/NIH.

Группа	Название и описание
I	острый бактериальный простатит
II	Хронический бактериальный простатит
III	Хронический абактериальный простатит – синдром хронической тазовой боли
IIIА	Воспалительный СХТБ (наличие лейкоцитов в семенной жидкости/секрете ПЖ/третьей порции мочи)
IIIВ	невоспалительный СХТБ (отсутствие лейкоцитов в семенной жидкости/секрете ПЖ/третьей порции мочи*)
IV	Бессимптомный воспалительный простатит (гистологический простатит)

\* Третья порция мочи – моча, полученная после массажа ПЖ.

### **3. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ**

#### **3.1. Жалобы, анамнез и объективный осмотр.**

Острый бактериальный простатит (ОБП), как правило, начинается с появления нарушений мочеиспускания и сильной, но плохо локализуемой боли. Часто это сопровождается общим недомоганием и фебрильной температурой. трансректальная биопсия ПЖ повышает риск ОБП, несмотря на адекватную антибактериальную профилактику и использование антисептиков [1]. Также причиной развития ОБП могут оказаться трансуретральные эндоскопические вмешательства, катетеризация мочевого пузыря, стриктура уретры и рефлюкс инфицированной мочи в ПЖ.

Диагноз ХБП устанавливают при длительности симптомов не менее трех месяцев [2-4]. основные симптомы включают боль различной локализации, например в промежности, мошонке, половом члене и внутренней части бедра, а также СнМ [5-7].

#### **3.2. Объективный осмотр и диагностика острого бактериального простатита.**

Острый простатит, как правило, начинается с появления учащённым, затруднённым и болезненным мочеиспусканием малыми порциями, болями в промежности, в области заднего прохода и надлобковой области. Часто это сопровождается общим недомоганием и фебрильной температурой. При ОБП при проведении пальцевого ректального исследования можно обнаружить отечную и болезненную ПЖ. Массаж ПЖ противопоказан, поскольку он может привести к бактериемии и сепсису.

Имеются все основания, чтобы использовать симптомы заболевания в качестве классификационного параметра. В связи с этим для количественной оценки симптомов простатита применяются специальные опросники. К ним относится индекс симптомов хронического простатита (CPSI), разработанный Международным обществом по изучению простатита, однако его польза для клинической практики остается неясной.

#### **3.3. Основные и вспомогательные лабораторные методы диагностики.**

Анализ мочи тест-полоской на нитриты и лейкоциты имеет положительную прогностическую ценность 95% и отрицательную прогностическую ценность 70%. Но учитывая, отсутствие у нас в стране в рутинной практике широкого использования анализа мочи тест-полосками, рекомендовано проведение подсчета лейкоцитов, эритроцитов в 1 мл осадка центрифугированной мочи. При ОБП необходимо взять посев крови и общий анализ крови. При подозрении на абсцесс предстательной железы показаны различные методы визуализации.

Наиболее важным исследованием при обследовании пациентов с ОБП является культуральное исследование СПМ. Для определения категории

хронического простатита важными методами по-прежнему являются количественное культуральное исследование и микроскопия разных порций мочи и секрета предстательной железы, полученного после массажа, в соответствии с методикой, описанной Meares и Stamey. Точное микробиологическое исследование материала, полученного при пробе Stamey–Meares, дает важную информацию о наличии атипичных возбудителей, включая *C. trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* и *Ureaplasma urealyticum*. При этом двухстаканная проба обладает сопоставимой диагностической ценностью с четырехстаканной пробой.

Посев эякулята повышает диагностическую ценность четырехстаканной пробы, однако он чаще дает положительный результат, чем посев секрета предстательной железы, у больных с абактериальным простатитом. Во всех случаях следует исключать инфравезикальную обструкцию и стриктуру уретры с помощью урофлоуметрии, ретроградной уретрографии или эндоскопического исследования.

#### ***Анализ первой порции мочи***

Первая порция мочи является предпочтительным материалом для выявления *C. trachomatis* методом амплификации нуклеиновых кислот благодаря неинвазивности. Кроме того, метод позволяет выявить инфицированные эпителиальные клетки с частицами *C. trachomatis*.

#### ***Простатический специфический антиген***

Уровень простатического специфического антигена (ПСА) повышается у 60 и 20% пациентов с ОБП и ХБП соответственно. Снижение уровня ПСА после антибактериальной терапии (наблюдается примерно в 40% случаев) коррелирует с клиническим и микробиологическим излечением. Измерение общего уровня ПСА и уровня свободного ПСА при простатите не дает дополнительной диагностической информации.

### **3.4. Основные и вспомогательные инструментальные методы диагностики.**

Для диагностики острого бактериального простатита используется трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевого пузыря и простаты. Трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) ПЖ позволяет выявлять абсцессы ПЖ, кальцификаты и расширение семенных пузырьков, однако, учитывая недостоверность результатов ТРУЗИ, оно не рекомендуется для диагностики простатита.

Рекомендуется компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) при неясных причинах или рецидивах абсцесса простаты или при невозможности проведения ТРУЗИ (геморрой, проктит, выраженной боли аноректальные)

Биопсия предстательной железы не рекомендуется для рутинной диагностики простатита, и ее нельзя выполнять при нелеченом бактериальном простатите вследствие повышенного риска развития сепсиса.

## Резюме доказательств и рекомендации по диагностике бактериального простатита

Резюме доказательств	УД
При ОБП положительная прогностическая ценность анализа мочи тест-полоской на нитриты и лейкоциты составляет 95%, отрицательная прогностическая ценность – 70%	3
При ХБП оптимальным методом исследования является анализ Meares и Stamey. В сравнительном исследовании показано, что двух стаканная проба обладает сопоставимой диагностической ценностью	2b
Первая порция мочи является предпочтительным материалом для выявления <i>C. trachomatis</i> методом амплификации нуклеиновых кислот	2b
ТРУЗИ не является достоверным методом и не рекомендуется для диагностики ХБП	3
Чувствительность посева эякулята составляет около 50%. Вследствие этого его не рекомендуется использовать для диагностики ХБП в качестве рутинного метода	3
Уровень ПСА может повышаться у пациентов с ОБП. Вследствие этого его не рекомендуется определять, поскольку он не дает дополнительной диагностической информации	3

### 3.5. Консультация других специалистов.

В большинстве случаев консультация других специалистов не требуется при диагностике и лечении острого бактериального простатита. Однако при наличии особых клинических или эпидемиологических факторов, таких как иммунодефицитные состояния или хронические заболевания, консультация других специалистов, включая урологов, инфекционистов или эндокринологов, может быть необходима для дальнейшего уточнения диагноза и разработки индивидуализированного плана лечения. Кроме того, консультация других специалистов может понадобиться при обнаружении осложнений, необычных клинических симптомов или неэффективности стандартной терапии, чтобы обеспечить наилучшее качество ухода и результаты для пациента.

### 3.6. Диагностический алгоритм.



### 3.7. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований.

При продолжительном сохранении симптомов (как при хроническом простатите) необходимо провести дифференциальный диагноз с СХТБ и другими заболеваниями мочеполовой системы и прямой кишки. Симптомы хронического простатита или СХТБ могут быть вызваны туберкулезом простаты. При наличии пиоспермии и гематоспермии у пациентов в эндемичных регионах или туберкулеза в анамнезе необходимо исключить поражение мочеполовой системы

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Острый уретрит	Болезненное и учащенное мочеиспускания.	ОАК, ОАМ, УЗИ.	Характерно обильное выделение из мочеиспускательного канала, губки мочеиспускательного канала становятся отёчным и красным, слизистая мочеиспускательного канала выворачивается наружу. Жжение и боль в начале мочеиспускания. Нет

			температуры. При УЗИ простата без особенности, при ОАМ изменений определяется основном первом порции мочи. ОАК без особенности.
Остеит лонного сочленения	Боли надлобковой области и промежности.	ОАК, ОАМ, УЗИ.	Симптомы лобкового остита вначале могут быть легкими, но могут усугубляться при физической нагрузке. Крайняя болезненность и боль в области паха. Боль при кашле, чихании или использовании отводящих мышц. Щелчок при вставании из положения сидя или при ходьбе. Снижение подвижности и потеря гибкости. Нет температуры. УЗИ простата без особенности, при ОАМ изменений определяется основном первом порции мочи. ОАК без особенности.
Острый парапроктит	Боли в промежности, в зоне заднего прохода, гипертермия	ОАК, ОАМ, УЗИ надлобковым датчиком мочевого пузыря и предстательной железы, ректальный осмотр и пальцевое исследование ануса и предстательной железы.	В области заднего прохода ощущается зуд, распирающие, боль, ткани ануса краснеют и отекают; Дефекация доставляет много дискомфорта, позывы к ней учащаются; Повышается температура тела; из заднего прохода иногда может выделяться гной; При УЗИ предстательной железы не увеличена, не отечная, пальцевое ректальное исследование – интактная.

## 4. ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ.

### 4.1. Немедикаментозное лечение.

**Питьевой режим.** Рекомендуются увеличить потребление жидкости для стимуляции диуреза и удаления микроорганизмов из мочевыводящих путей. Регулярное употребление воды стимулирует и предотвращает образование конкрементов, а также снижает риск обострения заболевания.

**Покой.** Пациентам рекомендуется соблюдать постельный режим в период обострения симптомов, чтобы снизить нагрузку на организм и обеспечить оптимальные условия для их восстановления.

**Избегание раздражающих веществ.** Рекомендуется избегать употребления алкоголя, острых и кислых продуктов, кофеина и других раздражающих веществ, которые могут усиливать симптомы острого простатита и раздражать мочевые пути.

**Профилактика повторных инфекций.** Важно соблюдать правила интимной гигиены, своевременной смены белья, упражнения Кегеля. Профилактика ИППП, регулярный половой контакт. Прогулки и утренняя зарядка, бег, плавание, спортивная ходьба, тренировки в зале нормализуют кровоток и укрепляют мышцы. Полноценное питание благотворно влияет на иммунную систему в целом, повышая резистентность организма к сезонным и другим заболеваниям. Мужчинам рекомендовано добавить в рацион: морскую капусту, морепродукты, тыквенные семечки, кефир, грецкие орехи, нежирное мясо и рыбу.

### 4.2. Медикаментозное лечение.

Антибактериальная терапия является жизненно необходимой при ОБП и рекомендуется при ХБП. Стандартом является терапия по результатам посева, а всем больным с ОБП показано эмпирическое лечение. При ОБП можно назначать парентерально высокие дозы бактерицидных антибиотиков, таких как пенициллины широкого спектра, цефалоспорины третьего поколения или фторхинолоны [8]. В качестве стартовой терапии эти препараты могут применяться в комбинации с аминогликозидом [9-17] дополнительные мероприятия включают прием достаточного количества жидкости и деривацию мочи [18]. После нормализации температуры и исчезновения параметров воспаления можно перевести пациента на пероральную терапию, общая длительность которой составляет около 2–4 недель [19] Препаратами выбора для лечения ХБП, несмотря на высокую устойчивость уропатогенов, считаются фторхинолоны, поскольку они обладают выгодными фармакокинетическими свойствами [20], хорошим профилем безопасности и активностью в отношении грамотрицательных возбудителей, включая *P. aeruginosa* и *S. trachomatis*. При этом следует учитывать рост резистентности. азитромицин и доксициклин действуют на атипичные возбудители, такие как *S. Trachomatis* и *Mycoplasma genitalium*. Левофлоксацин не обеспечивает излечение от *S. trachomatis* у пациентов с ХБП. При инфекции *T. vaginalis* назначается метронидазол. длительность терапии фторхинолонами должна составлять не менее 14 дней, а курс азитромицина и доксициклина следует продлить как минимум до 3–4 недель.

После установления первичного диагноза ХБП следует назначать антибиотики на период 4–6 недель. В случае выделения или подозрения на внутриклеточные микроорганизмы показаны макролиды или тетрациклины.

### Перечень основных лекарственных средств при остром бактериальном простатите

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Ссылка
Фторхинолоны	Офлоксацин 400мг	400-800 мг/сут 2 раза в день 4-6 недель	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/e2d435dc-ca88-43d5-a660-5f95920e6601">https://mediqlab.com/drugs/e2d435dc-ca88-43d5-a660-5f95920e6601</a>
	Ципрофлоксацин 500 мг	500 мг/сут 2 раза в день 4-6 недель	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/6fabbb0f-b6e8-4137-bcd4-208034b26f53">https://mediqlab.com/drugs/6fabbb0f-b6e8-4137-bcd4-208034b26f53</a>
	Левифлоксацин 500 мг	500 мг/сут 1 раз в день 4-6 недель	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/248735dc-83fe-44c0-8f1f-469665e4e4bb">https://mediqlab.com/drugs/248735dc-83fe-44c0-8f1f-469665e4e4bb</a>
	Моксифлоксацин 400 мг	400 мг/сут 1 раз в день 4-6 недель	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/14a33bde-e3ee-415c-be60-709966618acd">https://mediqlab.com/drugs/14a33bde-e3ee-415c-be60-709966618acd</a>
Аминогликозиды	Амикацин 0,5 г	7,5 мг/кг каждые 12 часов в течении 7 дней	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/ae656202-a2d3-4408-a093-701477bc8aca">https://mediqlab.com/drugs/ae656202-a2d3-4408-a093-701477bc8aca</a>
Пенициллины	Пиперациллин + тазобактам 4,5 г	13,5 мг/сут 3 раза в день в течении 7 дней	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/5e7e013b-d989-4c5d-ba5f-31d795b3512c">https://mediqlab.com/drugs/5e7e013b-d989-4c5d-ba5f-31d795b3512c</a>
	Ампициллин + сульбактам 1,5 г	3 г/сут 2 раза в день 7 дней	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/33ec9222-5fb9-4314-8e83-8f3559df902d">https://mediqlab.com/drugs/33ec9222-5fb9-4314-8e83-8f3559df902d</a>
Цефалоспорины	Цефоперазон 1,0 г	2,0 г/сут 2 раза в день 7 дней	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/19a3dd4e-1793-4a3a-bfe9-1049341a5500">https://mediqlab.com/drugs/19a3dd4e-1793-4a3a-bfe9-1049341a5500</a>
	Цефтриаксон 1,0 г +сульбактам 0,5	1,5 г/сут через 24 часа 1 раз в день 7 дней	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/6e1fc80d-0b1c-462d-b139-fd34e11c181d">https://mediqlab.com/drugs/6e1fc80d-0b1c-462d-b139-fd34e11c181d</a>
	Цефтазидим 1,0 г	2,0 г/сут	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/f6905">https://mediqlab.com/drugs/f6905</a>

		3 раза в день 7 дней		<a href="https://mediqlab.com/drugs/9fe-6adb-4539-b907-5ac5a2883f56">9fe-6adb-4539-b907-5ac5a2883f56</a>
	Цефоперазон + сульбактам 1,0 г + 0,5 г или 1,0 г	2,0 г/сут 2 раза в день 7 дней	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/36e48038-8430-494c-bb76-0e1b6fd011eb">https://mediqlab.com/drugs/36e48038-8430-494c-bb76-0e1b6fd011eb</a>
	Цефепим 1,0 г	2,0 г/сут 2 раза в день 7 дней	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/8da83f34-9a50-4406-b58b-67f943902efb">https://mediqlab.com/drugs/8da83f34-9a50-4406-b58b-67f943902efb</a>
	Цефепим+ тазобактам 1,125 г	2,250 г/сут 2 раз в день 7 дней	1b	<a href="https://mediqlab.com/mnn/65810062-fb88-4b8e-b5a9-ab888d877872">https://mediqlab.com/mnn/65810062-fb88-4b8e-b5a9-ab888d877872</a>
Карбапенемы	Меропенем по 1г	3г/сут 3 раза в день 7 дней	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/08779573-1c00-4c83-81cf-5bae33ffab8b">https://mediqlab.com/drugs/08779573-1c00-4c83-81cf-5bae33ffab8b</a>
Ненаркотические анальгетики	Метамизол натрия	таблетки 500 мг раствор для инъекции 250 мг/ мл; 500 мг/мл	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/e5f8f1c1-2dbf-4dde-896a-ecc66d426c13">https://mediqlab.com/drugs/e5f8f1c1-2dbf-4dde-896a-ecc66d426c13</a>
Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)	Диклофенак	25 мг; 46,5 мг; 50 мг; 75 мг; 100 мг таблетки 75 мг; 100 мг капсулы 25 мг/мл; 75 мг/3 мл; 1 мл; 3 мл раствор для инъекции	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/f296db11-0315-4efb-b272-3e7ebfa76114">https://mediqlab.com/drugs/f296db11-0315-4efb-b272-3e7ebfa76114</a>
	Кетопрофен	50 мг/мл; 100 мг/2 мл раствор для инъекции 50 мг; 100 мг; 150 мг; 200 мг капсулы 100 мг; 150 мг форте таблетки 100 мг ректальные свечи	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/720692eb-56c4-40d7-82d1-163797b86131">https://mediqlab.com/drugs/720692eb-56c4-40d7-82d1-163797b86131</a>
	Ибупрофен	200 мг; 400 мг; 800 мг таблетки 200 мг; 300 мг; 400 мг капсулы 100 мг/5 мл; 200 мг/5мл; 60 мл; 100 мл; 120 мл; 150 мл; 200 мл суспензия 400 мг/4 мл 4 мл; 800	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/5a85941c-d30a-49af-9b70-a29ddbdef40">https://mediqlab.com/drugs/5a85941c-d30a-49af-9b70-a29ddbdef40</a>

		мг/8 мл 8 мл раствор для инфузии 100 мг/5 мл сироп 60 мг, 125 мг свечи		
	Кеторолак	7,5 мг; 10 мг таблетки 30 мг/мл 1 мл; 2 мл раствор для инъекции	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/fd2ee80d-3faa-4eaa-806d-f847c16850de">https://mediqlab.com/drugs/fd2ee80d-3faa-4eaa-806d-f847c16850de</a>

*Примечание: Дозировка и количество препаратов, применяемых при остром бактериальном простатите, определяются врачом индивидуально. После улучшения симптоматики пациент переводится на пероральный прием.*

### Резюме доказательств и рекомендации по лечению бактериального простатита

Резюме доказательств	УД
Схема лечения ОБП основана на клиническом опыте и неконтролируемых исследованиях. Для пациентов с системными симптомами предпочтительной является парентеральная антибактериальная терапия. После нормализации клинических анализов можно перейти на пероральные препараты до общей длительности терапии 2–4 недели	2b
В систематическом обзоре подтверждена эффективность фторхинолонов в качестве препаратов первой линии терапии при ХБП. При этом отсутствует статистически значимое различие между левофлоксацином, ципрофлоксацином и прулифлоксацином в отношении эрадикации патогенов, клинической эффективности и нежелательных явлений	3
Метронидазол по 500 мг 3 р/сут в течение 14 дней обеспечивает эрадикацию <i>T. vaginalis</i> при ХБП в 93,3% случаев.	1b
У пациентов с ХБП, вызванным облигатными внутриклеточными патогенами, макролиды превосходят фторхинолоны по показателям микробиологической и клинической эффективности	1a
При выборе антибиотиков следует учитывать локальные данные по резистентности	3

Рекомендации	СР
--------------	----

<b>Острый бактериальный простатит</b>	
Лечение ОБП проводится согласно рекомендациям для осложненных ИМВП	Сильная
<b>Хронический бактериальный простатит</b>	
Первой линией терапии ХБП являются фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин)	Сильная
При выявлении в качестве этиологического фактора ХБП внутриклеточных патогенов следует назначить препараты группы макролидов (например, азитромицин) или тетрациклинов (например, доксициклин).	Сильная
При ХБП, вызванном <i>T. vaginalis</i> , показан метронидазол	Сильная

Введение антибиотиков в предстательную железу этот метод лечения не оценивался в контролируемых исследованиях, и его применение не рекомендуется.

### 4.3. Хирургическое вмешательство.

Примерно у 10% больных с ОБП развивается острая задержка мочи, которую можно разрешить цистостомой, периодической катетеризацией или установлением постоянного катетера. Как правило, рекомендуется установка цистостомы. Катетеризация мочевого пузыря у пациентов без острой задержки мочи повышает риск прогрессирования до ХБП.

При наличии абсцесса ПЖ эффективно как дренирование, так и консервативное лечение. Размер абсцесса может влиять на тактику. В одном исследовании консервативное лечение было эффективным при размере абсцесса не более 1 см, а больным с более крупными абсцессами проводилась трансректальное вскрытие и дренирование этого абсцесса.

### 4.4. Дальнейшее ведение.

Бессимптомным пациентам после лечения не обязательно выполнять общий анализ мочи и/или посев мочи на стерильность, поскольку не существует валидированных методов подтверждения излечения при бактериальном простатите, кроме отсутствия симптомов. У пациентов с сохраняющимися симптомами и повторным положительным результатом на инфекции, передаваемые половым путем, рекомендуется обследование партнера(ов). Кроме того, можно повторить антибактериальную терапию, с более длительным курсом, более высокими дозами и/или другими препаратами.

### 4.5. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов

Эффективность лечения острого простатита оценивается на основе следующих критериев:

- *Снижение температуры тела.* Успешное лечение характеризуется нормализацией температуры тела до уровня  $< 38^{\circ}\text{C}$  в течение определенного времени после начала терапии.

- *Улучшение клинических симптомов.* Снижение боли в промежности, уменьшение дизурии и болезненного мочеиспускания, а также улучшение общего самочувствия пациента.

- *Нормализация лабораторных показателей.* Восстановление нормального уровня лейкоцитов в крови, а также уменьшение или исчезновение лейкоцитурии и бактериурии в моче и соке простаты.

- *Отсутствие осложнений.* Отсутствие развития осложнений, таких как абсцесс, инфильтрат простаты или сепсис связанных с простатитом.

Безопасность методов амбулаторного лечения определяется на основе следующих факторов:

- *Отсутствие серьезных побочных эффектов.* Оценка возникновения серьезных побочных эффектов, таких как аллергические реакции на препараты или другие нежелательные явления, требующие коррекции лечения.

- *Соблюдение рекомендаций и режима лечения.* Отслеживание степени соблюдения пациентом рекомендаций врача по приему препаратов, режиму питания и питьевого режима, что существенно влияет на эффективность и безопасность лечения.

Эти индикаторы помогают оценить результаты лечения и обеспечить безопасность пациентов, проходящих амбулаторное лечение острого бактериального простатита

## **5. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

### **5.1. Показания для плановой госпитализации.**

Плановая госпитализация рекомендуется в следующих случаях:

- *Тяжесть состояния.* Пациенты с выраженными симптомами острого простатита, такими как высокая температура тела, тяжелая боль в промежности или надлобковой области, рвота и дезориентация, которые требуют интенсивного медицинского наблюдения и лечения.

- *Невозможность обеспечения адекватного амбулаторного лечения.* В случае, когда пациент не в состоянии обеспечить соблюдение рекомендаций по лечению и режиму, амбулаторное лечение может быть недостаточно эффективным.

- *Необходимость проведения дополнительных инструментальных и лабораторных исследований.* Пациентам, требующим проведения комплексного обследования или мониторинга динамики состояния, может потребоваться плановая госпитализация для проведения необходимых процедур и исследований

### **5.2. Показания для экстренной госпитализации.**

Экстренная госпитализация рекомендуется когда бактериальный простатит осложняется:

- *Тяжелые осложнения.* Пациенты с острым бактериальным простатитом, развившим инфильтрат, абсцесс, сепсис, или другими тяжелыми осложнениями, требующими немедленного медицинского вмешательства и наблюдения.
- *Необходимость немедленного лечения.* Пациенты с выраженными симптомами и быстро прогрессирующими клиническими признаками, требующими немедленного начала антибиотикотерапии и других медицинских процедур.
- *Невозможность обеспечения безопасности пациента.* В случае, когда безопасность пациента не может быть обеспечена в амбулаторных условиях из-за тяжести состояния или наличия социальных или психологических факторов, требующих наблюдения в стационаре.

## **6. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ.**

### **6.1. Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента.**

#### **6.1.1. Карта наблюдения пациента:**

- Персональные данные: имя, возраст, контактные данные пациента.
- Информация о медицинской истории: прежние болезни, хирургические вмешательства, аллергии и другие медицинские особенности.
- Описание текущих симптомов: температура тела (°C), боль в промежности или надлобковой области (наличие, интенсивность), дизурия и болезненное мочеиспускание (наличие, частота), рвота (наличие, частота)
- Результаты лабораторных исследований: общий анализ крови (уровень лейкоцитов), общий анализ мочи (лейкоциты, бактерии, нитраты, белок)
- Инструментальные исследования: ультразвуковое исследование простаты (результаты), МРТ и КТ простаты (при необходимости).
- Терапия: назначенные препараты (дозировка, частота приема)
- Результаты микробиологических исследований для коррекции антибиотикотерапии.
- Динамика состояния: изменения симптомов во времени, динамика лабораторных и инструментальных показателей, эффективность терапии.
- Прочие замечания и рекомендации: необходимость коррекции лечения, план дальнейших мероприятий

#### **6.1.2. Маршрутизация пациента (см. рис. 1):**

Маршрутизация пациента представляет собой последовательный план действий, направленных на обеспечение эффективного и комплексного лечения острого бактериального простатита с учетом индивидуальных особенностей каждого случая

### **6.2. Немедикаментозное лечение.**

Меры немедикаментозного лечения были описаны в разделе по лечению.

### **6.3. Медикаментозное лечение.**

Медикаментозное лечение было описано в разделе по лечению.

#### 6.4. Хирургическое вмешательство.

Хирургическое вмешательство при остром бактериальном простатите было описано в разделе по хирургическому лечению.

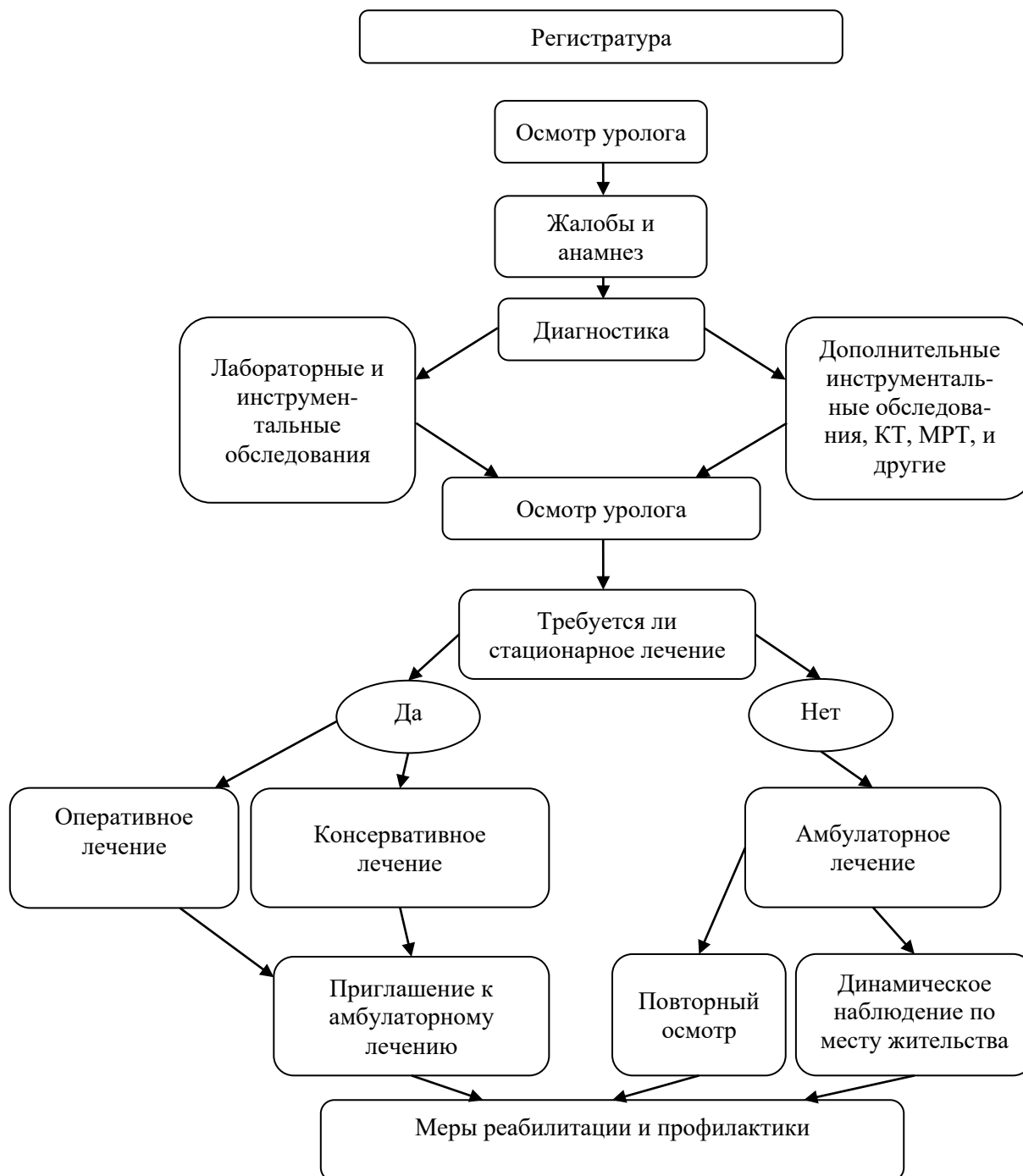


Рис. 1. Маршрутная карта пациента.

#### 6.5 Дальнейшее ведение.

Рутинное выполнение анализа мочи или культуральное исследование мочи или сока простаты бессимптомных пациентов не показано.

#### 6.6 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения были описаны ранее в соответствующем разделе.



**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО  
МЕДИЦИНСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ НОЗОЛОГИИ  
«ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОСТАТИТ»**

Ташкент – 2025

## 1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

### 1.1. Введение

Данный протокол представляет собой официальные рекомендации и стандарты для выполнения процедуры перкутанная цистостомия, трансректальное пункция простаты, трансректальное вскрытие и дренирование абсцесса простаты. Протокол включает в себя информацию о различных методах хирургического лечения, анестезии, технике выполнения процедуры, а также основные и дополнительные диагностические мероприятия. В нем также описываются требования к специалисту, проводящему процедуру, и условия для проведения оперативного вмешательства. Протокол также предостерегает от противопоказаний к процедуре и указывает на показания для ее выполнения. Наконец, он предоставляет информацию о индикаторах эффективности процедуры и условиях для пересмотра протокола. Данный протокол призван обеспечивать безопасное и эффективное выполнение оперативного вмешательства с соблюдением медицинских стандартов.

### 1.2. Определение.

- Острый бактериальный простатит — это заболевание, диагностируемое клинически на основании признаков воспаления и инфекции, локализующихся в ПЖ [ЕАУ 2019].

### 1.3. Клиническая классификация.

В клинической практике используется следующая классификация простатита и СХТБ по NIDDK/NIH.

Группа	Название и описание
I	острый бактериальный простатит
II	Хронический бактериальный простатит
III	Хронический абактериальный простатит – синдром хронической тазовой боли
IIIА	Воспалительный СХТБ (наличие лейкоцитов в семенной жидкости/секрете ПЖ/третьей порции мочи)
IIIВ	невоспалительный СХТБ (отсутствие лейкоцитов в семенной жидкости/секрете ПЖ/третьей порции мочи*)
IV	Бессимптомный воспалительный простатит (гистологический простатит)

\* Третья порция мочи – моча, полученная после массажа ПЖ.

## Международная классификация медицинских вмешательств (ICHI).

№	Название операции	Код по международной классификации (ICHI) <a href="https://icd.who.int/dev11/1-ichi/en#/http://id.who.int/icd/entity/607666735">https://icd.who.int/dev11/1-ichi/en#/http://id.who.int/icd/entity/607666735</a>
1.	Перкутанная цистостомия	<b>NAI.LI.AE</b>
2.	Эпицистостомия	<b>NAI.JB.AA</b>
2.	Трансректальное вскрытие и дренирование абсцесса	<b>NGA.JB.AC</b>
3.	Трансректальное пункция простаты	<b>NGA.AD.AC</b>

## 2. ПРИМЕНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ.

### 2.1. Цель проведения хирургического лечения.

Цель проведения хирургического лечения острого бактериального простатита санация инфекции, деривация мочи, уменьшение болевого синдрома. Предотвращения последующих осложнений.

### 2.2. Противопоказания к хирургической операции

#### 2.2.1 Противопоказания к перкутанной цистостомии

Хирургическое вмешательство делают часто в экстренном порядке. Предварительно каждый пациент проходит обследование для обнаружения возможных противопоказаний к операции.

Абсолютным противопоказаниям являются следующие состояние:

- Нарушение анатомической локализации мочевого пузыря, которое не удается определить с помощью ультразвуковой диагностики.

Относительными противопоказаниями являются следующие состояния:

- Высокая степень ожирения;
- Паховая грыжа большая.
- Пупочная грыжа большая.
- Микроцист

### **2.2.2 Противопоказания к эпицистостомии**

Хирургическое вмешательство делают часто в экстренном порядке. Предварительно каждый пациент проходит обследование для обнаружения возможных противопоказаний к операции.

- Тяжелые нарушения свертываемости крови;
- Нестабильное, шоковое состояние пациента;
- Невозможность оценить состояние мочевого пузыря пальпаторно и с помощью УЗИ;
- Недавно свершившееся острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт);
- Ранний период после перенесенного инфаркта миокарда;
- Аллергия на препараты для анестезии;
- Болезни кожи, гнойные процессы в паховой области;

### **2.2.3 Противопоказания к Трансректальному вскрытию и дренированию абсцесса**

Хирургическое вмешательство делают часто в экстренном порядке. Предварительно каждый пациент проходит обследование для обнаружения возможных противопоказаний к операции.

- Свежие трещины прямой кишки. При этом заболевании любые манипуляции, проводимые трансректально, запрещаются.
- Наличие воспалённых геморроидальных узлов снаружи и внутри прямой кишки.
- Хирургические манипуляции на прямой кишке, проводимые незадолго до назначения исследования.
- Острый парапроктит

### **2.2.4 Противопоказания к Трансректальному пункции простаты,**

Хирургическое вмешательство делают часто в экстренном порядке. Предварительно каждый пациент проходит обследование для обнаружения возможных противопоказаний к операции.

- Свежие трещины прямой кишки. При этом заболевании любые манипуляции, проводимые трансректально, запрещаются.
- Наличие воспалённых геморроидальных узлов снаружи и внутри прямой кишки.
- Хирургические манипуляции на прямой кишке, проводимые незадолго до назначения исследования.
- Острый парапроктит

### **2.3. Показания к хирургическому лечению.**

- Наличие абсцесса простаты более 1 см
- Сепсис
- Неэффективность антибактериальной терапии
- Острая задержка мочеиспускания
- Хроническая задержка мочеиспускания

#### **2.4. Требования к специалисту, проводящему вмешательство.**

- Специалист должен иметь соответствующее образование и медицинскую квалификацию; обычно это врач-уролог или хирург;
- Специалист должен иметь действующую лицензию на практику;
- Специалист должен иметь практику в проведении этой процедуры и хорошо знаком с техниками и методами;
- Специалист должен иметь доступ к современному оборудованию и инструментам, а также следить за стерильностью процедуры;
- Специалист должен быть в состоянии предупредить пациента о возможных рисках и побочных эффектах, связанных с цистостомией, эпицистостомией, трансректального вскрытия и дренирования абсцесса, трансректальной пункции простаты, и объяснить пациенту преимущества и недостатки выбранного метода оперативного вмешательства;
- Специалист должен следовать этическим и юридическим нормам в проведении медицинских процедур и уважать права пациента и пожелания;
- Специалист должен постоянно обновлять свои знания и навыки, следить за последними медицинскими разработками и рекомендациями в области перкутанной цистостомии, эпицистостомии, трансректального вскрытия и дренирования абсцесса, трансректальной пункции простаты.

#### **2.5. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству.**

- Медицинский осмотр: пациент должен быть тщательно обследован специалистом, который проведет оперативное вмешательство; он включает в себя оценку общего состояния пациента и медицинской истории;
- Оценка анамнеза: специалист должен узнать у пациента о его медицинской истории, включая наличие каких-либо хронических заболеваний, аллергий и прочих медицинских факторов;
- Физическое обследование: врач осматривает надлобковую и паховую область, чтобы определить наличие патологий, осмотреть наружное отверстие уретры для оценки имеется ли воспаления, выделения или других состояний, которые могли бы повлиять на процедуру;
- Лабораторные анализы: обычно требуется проведение общего анализа крови, а также анализа на наличие инфекций, таких как Гепатиты В, С, ВИЧ и сифилис; результаты лабораторных исследований могут использоваться для определения общего состояния пациента и исключения инфекций;
- Ультразвуковое исследование почек, простаты, мочевого пузыря, определение остаточной мочи в мочевом пузыре.

#### **Дополнительные обследования (при необходимости):**

- Консультация специалиста; в зависимости от медицинской истории и общего состояния пациента, специалист может потребовать консультацию

других специалистов, таких как эндокринолог, дерматовенеролог, хирург и анестезиолог;

- Анализы на ПСА крови, биохимические анализы, прокальцитонин.

## **2.6. Требования к проведению вмешательства.**

- Меры безопасности и асептика. Оперативное вмешательство по поводу острого бактериального простатита должна проводиться в стерильных условиях с применением асептических методов, чтобы предотвратить инфекции. Медицинский персонал должен соблюдать правила личной гигиены и носить санитарную одежду и перчатки.
- Оснащение. Для проведения цистостомии, эпицистостомии, трансректального вскрытия и дренирования абсцесса, трансректальной пункции простаты требуется специальное оборудование, включая хирургические эндоскопические инструменты, УЗИ аппарат, анестетики и оборудование для обработки и стерилизации инструментов.
- Медикаменты. Анестетики и антисептики должны быть готовы к использованию. Анестетики используются для обезболивания области перед проведением процедуры. Антисептики используются для обработки операционной зоны и предотвращения инфекции.
- Расходные материалы. Для каждой процедуры требуется заменяемые расходные материалы, такие как марлевые салфетки, швы, перчатки и другие материалы, необходимые для хирургического вмешательства и послеоперационного ухода.
- Место проведения. Процедура проводится в специально оборудованной операционной или хирургической комнате, которая соответствует стандартам безопасности и гигиеническим требованиям.
- Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима. Медицинский персонал должен соблюдать все необходимые санитарно-противоэпидемические меры, чтобы предотвратить распространение инфекций во время и после проведения процедуры.
- Соблюдение стандартов безопасности. Персонал, проводящий оперативное вмешательство, должен соблюдать все стандарты безопасности, включая контроль за анестезией и мониторинг пациента во время процедуры.

## **2.7. Требования к подготовке пациента и методика проведения процедуры.**

### **Подготовка пациента:**

- Оценка медицинской истории. Врач должен провести анализ медицинской истории пациента, включая возможные аллергии, хронические заболевания и другие медицинские состояния.
- Проведение предоперационных обследований. Пациенту может потребоваться провести предоперационные обследования, такие как

анализы крови и мочи, УЗИ почек, простаты, мочевого пузыря и другие, чтобы исключить противопоказания к процедуре.

- Подготовка психологического состояния. Пациенту и его семье следует предоставить информацию о процедуре и ответить на все вопросы, чтобы обеспечить понимание и согласие на вмешательство.
- Анестезия. Перед началом процедуры применяется местная или общая анестезия для обезболивания области, в которой будет проведена операция.

### **Методика проведения процедуры.**

Хирургическое вмешательство заключается в очищении и дренировании гнойного очага или отведение мочи с мочевого пузыря под контролем УЗИ. Отдаётся предпочтение малоинвазивным методикам, которые позволяют пациенту восстановиться в кратчайшие сроки. Если есть противопоказания или нет возможности проведения малоинвазивных вмешательств, проводится эпицистостомия и трансректальное вскрытие и дренирование абсцесса простаты.

**Перкутанная цистостомия.** Процедура дренирования мочевого пузыря с помощью специального катетера, который вводится в полость мочевого пузыря через надлобковую пункцию. Цель такой процедуры – обеспечение свободного оттока мочи из мочевого пузыря. Для перкутанной цистостомии используются стерильные наборы, включающие в себя все необходимые принадлежности для установки дренажа. Перкутанная цистостомия относится к временным методам дренирования мочевого пузыря для санации инфекции и снятия напряжения с мочевого пузыря. Троакары – используются для «прокалывания» мягких тканей в проекции мочевого пузыря и непосредственно стенки мочевого пузыря для последующего введения дренажного катетера. Троакар может состоять из нескольких частей: стилета с заостренной частью, с помощью которого прокалываются ткани, и тубуса, через который в полость мочевого пузыря заводится дренажный цистостомический катетер. В настоящее время многие троакары совмещают в единой конструкции свойства стилета и тубуса. Сам троакар при этом имеет линию разлома для того, чтобы после заведения катетера удалить тубус-троакар. Цистостомический (дренажный) катетер – полая трубка-катетер, которая заводится в полость мочевого пузыря для искусственного отведения мочи. Катетер обычно изготавливается из силикона. Катетеры бывают разной длины и диаметра (измеряется в специальных единицах Ch или Fr). Для фиксации в полости мочевого пузыря дренажные катетеры оснащены баллонами разного объема. К катетеру прикрепляется мешок-мочеприемник для сбора мочи. Мешок-мочеприемник – специальный резервуар для сбора мочи. Бывает разного объема и типа. Дополнительно: стерильный одноразовый скальпель для надрезания кожи. Дополнительно: пластиковая заглушка. Все компоненты наборы поставляются в стерильном виде, в индивидуальной упаковке. Для комфорта пациента важно выбирать качественные урологические материалы. Желательно чтобы дренажный катетер был изготовлен из биосовместимого медицинского силикона, не вызывающего аллергических реакций при длительном стоянии.

Катетер должен надежно соединяться с мешком-мочеприемником, не подтекать. Перед процедурой, как правило, пациенту должны быть проведены общие анализы на кровь и мочу, анализ крови на сахар и на свертываемость. Процедура проводится под местной анестезией с использованием 0,5% раствора лидокаина или новокаина.

**Ход операции.** Пациент лежит на спине на операционном столе. Кожу в нижней части живота тщательно обрабатывают 5% йодной настойкой и спиртом. На два поперечных пальца выше лонного сочленения по срединной линии под УЗИ-контролем строго перпендикулярно коже после предварительного рассечения последней на участке размером от 5 мм до 1 см проводят иглой СНІВА 18G с дренажной трубкой в мочевой пузырь. Признак попадания в полость мочевого пузыря – появление мочи в дренажной трубке. По игле заводятся проводник. По проводнику раневой канал дилатируется до 30 СН и устанавливается соответствующий катетер. После удаления проводника дренажную трубку фиксируют к коже живота (обычно лейкопластырем), разрез обрабатывается антисептиком.

**Анестезия.** Чтобы ограничить движения пациента, во время лечения необходимо достаточное количество анестезии, которого можно достичь местной анестезией или общей.

**Эпицистостомия.** Разрезом по Пфаненштилю вскрывается передняя брюшная стенка, поперечная фасция живота. Париетальная брюшина отодвигается вверх. Выделяется передняя стенка мочевого пузыря. Мочевой пузырь вскрывается между 2-мя кетгутовыми держалками. Мочевой пузырь дренируется соответствующим катетером и размером. Последний выводится на кожу через контрапертуру. Дефект пузыря ушивается 2-х рядным кетгутовыми швами. Проверяется на гемостаз. Послойно ушивается рана. Асептическая повязка. К катетеру прикрепляется мешок-мочеприемник для сбора мочи.

**Анестезия.** Чтобы ограничить движения пациента, во время операции необходимо достаточное количество анестезии, которого можно достичь спинномозговой или общей анестезией.

**Трансректальное вскрытие и дренирование абсцесса.** После анестезии под контролем пальца трансректально вскрывается обе доли простаты скальпелем там, где определяется абсцесс. Аспират отправляется на цитологическое и бактериологическое исследование. Полость простаты дренируют резиновым выпускником или парадренажем 1–2 сутки для санации инфекции. Асептическая повязка.

**Анестезия.** Чтобы ограничить движения пациента, во время операции необходимо достаточное количество анестезии, которого можно достичь спинномозговой или общей анестезией.

**Трансректальная пункция простаты.** После местной анестезии новокаином под контролем трансректальной сонографии произведется пункция обеих долей простаты иглой СНІВА 22 G. Забирается аспираты из правой, левой доли простаты и “зоны интереса”. Аспират отправляется на цитологическое и бактериологическое исследования. Выполняется введение антибиотика в простату: гентамицин 80 мг разделяют в обе доли простаты.

## **2.8. Индикаторы эффективности процедуры или вмешательства.**

Основной целью является уменьшение болевого синдрома, снижение температуры тела, уменьшение интоксикации, предотвращение распространения инфекции и развития сепсиса. Эффективность процедуры оценивается по улучшению показателей крови, картины УЗИ простаты, анализа мочи, улучшения симптоматики.

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО  
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ НОЗОЛОГИИ  
«ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОСТАТИТ»**

Ташкент – 2025

## 1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

### 1.1. Введение.

Острый бактериальный простатит является одним из наиболее распространенных инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей, представляя серьезную проблему здравоохранения во многих странах мира. Это состояние характеризуется воспалением тканей простаты, обусловленным обычно восходящей инфекцией. Пациенты с острым бактериальным простатитом часто представляются на медицинский прием с выраженными клиническими симптомами, такими как лихорадка, боль в промежности или надлобковой области, дизурия, что требует компетентного и своевременного лечения. Несмотря на доступность антибиотиков и современных методов диагностики, оптимальное управление острым бактериальным простатитом остается актуальной задачей для медицинского сообщества. Настоящий клинический протокол посвящен систематизации подходов к профилактике и реабилитации данной нозологии, обеспечивая наиболее эффективное и безопасное лечение для пациентов.

### 1.2. Определение.

**Острый бактериальный простатит** – определяется, как острое воспаление простаты у мужчин среднего возраста.

**Профилактика острого бактериального простатита** – это комплекс мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и обострения данных патологических состояний.

**Реабилитация острого бактериального простатита** включает в себя меры по восстановлению здоровья и функциональности простаты после проведенного лечения.

### 1.3. Виды профилактики или реабилитации.

Профилактика и реабилитация острого бактериального простатита включает следующие аспекты:

- **Медицинская профилактика.** Включает раннее выявление и лечение инфекционных заболеваний мочеполовой системы, разъяснительно-образовательные беседы о планировании половой жизни и отказе от вредных привычек.
- **Организационные мероприятия.** Включают ликвидацию бытовых и профессиональных вредностей, улучшение психоэмоционального состояния пациента, рациональное питание, поддержание личной гигиены и рациональный режим половой жизни.
- **Медицинская реабилитация.** Включает лечение заболеваний, ликвидацию профессиональных вредностей, рациональное питание и улучшение психоэмоционального состояния пациента.

Все эти меры способствуют сохранению здоровья мочеполовой системы и предотвращению развития острого бактериального простатита.

#### **1.4. Принципы проведения общественных профилактических мероприятий или индивидуальной профилактики.**

Принципы проведения общественных и индивидуальных профилактических мероприятий по острой бактериальной простатите направлены на снижение заболеваемости и улучшение здоровья населения, обеспечивая эффективную защиту от данной патологии.

**1. Популяционное образование и информирование.** Основой профилактики острого бактериального простатита является повышение осведомленности общественности о факторах риска, методах защиты и важности своевременного обращения за медицинской помощью при появлении симптомов.

**2. Гигиенические меры.** Пропаганда гигиенических принципов, таких как регулярное мытье рук, правильная гигиена половых органов и соблюдение интимной гигиены, направлена на предотвращение восходящих инфекций и снижение риска развития простатита.

**3. Профилактика рецидивов.** Для пациентов, страдающих от повторных эпизодов простатита, особое внимание уделяется профилактическим мероприятиям, включая регулярное употребление жидкости, поддержание оптимального уровня гигиены мочевых путей и соблюдение индивидуального режима лечения.

**4. Избегание факторов риска.** Проведение профилактических кампаний направлено на предупреждение факторов риска, таких как неправильное питание, гипотермия, хронические заболевания мочевыводящих путей и длительное удержание мочи, которые могут способствовать развитию простатита.

**5. Индивидуальная профилактика.** Для лиц с повышенным риском развития простатита (например, сахарным диабетом, пожилой возраст, пациентов с аномалиями мочевыводящих путей) рекомендуется индивидуализированный подход, включающий регулярное обследование и соблюдение рекомендаций врача.

## **2. ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА**

### **2.1. Цель профилактики при остром бактериальном простатите.**

Целью профилактики острого бактериального простатита является предотвращение развития этих состояний и снижение связанных с ними осложнений.

### **2.2. Первичная профилактика.**

Первичная профилактика острого бактериального простатита играет ключевую роль в предотвращении развития этого инфекционного заболевания. Она включает в себя комплекс мероприятий, направленных на минимизацию факторов риска и создание условий для сохранения здоровья мочевыводящих путей. Одним из основных аспектов первичной профилактики является поддержание гигиенических стандартов, включая регулярное мытье рук, использование чистого белья и интимной гигиены, что способствует снижению вероятности восходящей инфекции. Важным элементом является также поддержание уровня жидкости в организме путем достаточного потребления воды, что способствует регулярному опорожнению мочевого пузыря и предотвращает застой мочи, являющийся одним из факторов риска для развития простатита. Предупреждение переохлаждения, особенно в холодное время года, также имеет важное значение, поскольку гипотермия может способствовать сужению мочеточников и облегчить проникновение патогенных микроорганизмов в почки. Вместе с тем, избегание длительного удержания мочи и регулярное мочеиспускание после полового акта также считается важным моментом в профилактике простатита. Проведение регулярных медицинских осмотров и консультаций с врачом помогает выявить ранние признаки нарушений мочевыводящих путей и предпринять своевременные меры для их предотвращения. Кроме того, образовательные программы и кампании среди населения о важности профилактических мер и раннего обращения к врачу при подозрении на заболевание играют значительную роль в снижении заболеваемости острым бактериальным простатитом.

### **2.3. Скрининг**

Скрининг острого бактериального простатита является важным инструментом для раннего выявления лиц с повышенным риском развития этого заболевания и проведения профилактических мероприятий. Однако на сегодняшний день нет единого протокола скрининга для острой бактериальной формы простатита, так как это состояние часто возникает как острая реакция на инфекцию и может проявляться симптомами, сходными с другими заболеваниями мочевыводящей системы. Тем не менее, определенные группы лиц могут быть приоритетными для проведения скрининга, включая пациентов с сахарным диабетом, ревматоидным артритом, а также тех, кто подвержен обструктивным заболеваниям мочевыводящих путей или имеет анатомические аномалии почек. Скрининг может включать в себя оценку клинических симптомов (например, боли в промежности, надлобковой области, дизурии), анализ мочи на наличие воспалительных изменений и микроорганизмов, а также ультразвуковое

исследование простаты для выявления признаков воспаления и других патологий. Важно, чтобы проведение скрининга сопровождалось консультацией врача и обсуждением результатов с целью определения необходимости дальнейших диагностических и лечебных мероприятий.

## **2.4. Вторичная профилактика.**

Вторичная профилактика острого бактериального простатита направлена на предотвращение рецидивов заболевания у лиц, которые уже перенесли один или несколько эпизодов простатита. Этот тип профилактики играет важную роль в уменьшении частоты повторных случаев и предотвращении развития хронического течения патологии. Основные стратегии вторичной профилактики включают в себя:

**1. Лечение и контроль основного заболевания.** Пациентам с основными заболеваниями, такими как сахарный диабет или хронические заболевания мочевыводящих путей, необходимо обеспечить регулярное медицинское наблюдение и адекватное лечение основного заболевания. Это поможет контролировать риск развития острой бактериальной формы простатита.

**2. Профилактическая антибактериальная терапия.** В случае повторных эпизодов простатита или высокого риска их возникновения, может быть назначена длительная или периодическая курсовая профилактическая антибактериальная терапия. Это позволяет снизить вероятность рецидивов за счет подавления роста возбудителей инфекции.

**3. Устранение факторов риска.** Пациентам рекомендуется избегать факторов, которые могут способствовать развитию простатита, таких как гипотермия, длительное удержание мочи, неправильное питание и недостаточное потребление жидкости. Профилактические меры также могут включать в себя регулярное урологическое обследование и коррекцию образа жизни.

**4. Образовательные программы.** Важной частью вторичной профилактики является обучение пациентов методам предотвращения рецидивов, включая соблюдение правил гигиены, контрольные меры при обострении сопутствующих заболеваний и своевременное обращение к врачу при появлении симптомов ухудшения состояния.

Эффективная вторичная профилактика острого бактериального простатита требует индивидуализированного подхода к каждому пациенту и комплексного управления факторами риска, с учетом особенностей и сопутствующих заболеваний.

## 2.5. Третичная профилактика.

Третичная профилактика острого бактериального простатита направлена на предупреждение повторных случаев заболевания у лиц, которые уже перенесли один или несколько эпизодов и успешно прошли вторичную профилактику. Этот вид профилактики ориентирован на устранение основных причин и рисков возникновения рецидивов, а также на поддержание стабильного состояния здоровья мочевыводящей системы. Основные стратегии третичной профилактики включают в себя:

1. **Долгосрочное медицинское наблюдение.** Пациентам, страдающим от хронического абактериального простатита, рекомендуется регулярное медицинское наблюдение у врача-уролога или эндокринолога. Это позволяет своевременно выявлять любые изменения состояния мочевыводящей системы и принимать необходимые меры.
2. **Индивидуальная терапия.** Для пациентов с высоким риском рецидивов простатита может быть назначена индивидуализированная терапия, включая продолжительные курсы профилактических антибиотиков или препаратов, улучшающих функцию мочевыводящей системы.
3. **Коррекция факторов риска.** Пациентам рекомендуется избегать факторов, которые могут способствовать развитию простатита, таких как гипотермия, длительное удержание мочи, неправильное питание и недостаточное потребление жидкости. Профилактические меры также могут включать в себя регулярное урологическое обследование и коррекцию образа жизни.
4. **Образовательные программы.** Пациентам следует предоставлять информацию о методах предотвращения рецидивов, включая соблюдение правил гигиены, контрольные меры при обострении сопутствующих заболеваний и своевременное обращение к врачу при появлении симптомов ухудшения состояния.

Третичная профилактика острого бактериального простатита направлена на долгосрочное поддержание здоровья мочевыводящей системы и предотвращение рецидивов заболевания, обеспечивая пациентам максимально возможное качество жизни.

### **3. РЕАБИЛИТАЦИЯ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА.**

#### **3.1. Цель реабилитации.**

Цель реабилитации заключается в обеспечении наилучшего восстановления здоровья и качества жизни пациентов, перенесших острый бактериальный простатит.

#### **3.2. Полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсация утраченных функций пораженного органа или системы.**

В большинстве случаев, при своевременном и адекватном лечении, острый бактериальный простатит не приводит к необратимым изменениям в функции простаты, и они могут полностью восстанавливаться в течение нескольких недель до нескольких месяцев. Однако у некоторых пациентов, особенно при тяжелых или рецидивирующих случаях заболевания, может потребоваться длительный период времени для восстановления функции простаты. В таких случаях важно проводить регулярное медицинское наблюдение и контроль за функцией простаты, а также корректировать лечение и образ жизни с учетом индивидуальных потребностей пациента. Своевременное выявление и эффективное лечение острого простатита играют ключевую роль в успешном восстановлении функции простаты и улучшении прогноза заболевания. При простатите могут быть рекомендованы следующие фитотерапия: Листьев груши, берёза белая, брусника, боярышник, грыжник, вереск, терн, зверобой, можжевельник, календула, толокнянка, хвощ, тополь, эхинацея, африканская слива, экстракт цветочной пыльцы чернилтон, масло семян тыквы, масло пальмы бабассу, крапива двудомная, ликопин, или ликопен.

#### **3.3. Поддержание функций организма в процессе завершения развившегося патологического процесса.**

В завершающей стадии острого патологического процесса, такого как острый бактериальный простатит, важно обеспечить оптимальные условия для восстановления организма. Это включает постоянное медицинское наблюдение, контроль за функцией простаты, правильное питание и режим питья, облегчение болевого синдрома и психологическую поддержку. Комплексный подход помогает предотвратить возможные осложнения и обеспечить успешное восстановление.

Для реабилитации надо соблюдать следующее образ жизни:

- Отказаться от употребления спиртного, включая пиво и слабоалкогольные напитки.
- Посещать туалет перед выходом из дома и отходом ко сну, чтобы избежать неловких моментов в общественном месте и сократить число ночных пробуждений.
- Тщательно опорожнять мочевой пузырь, чтобы уменьшить подтекание после туалета.
- Применять нежный массаж уретры после мочеиспускания, чтобы сцедить остатки мочи.

- Пить жидкость небольшими порциями на протяжении дня и не напиваться за 2 часа до сна.
- При необходимости использовать урологические прокладки, которые предотвращают дискомфорт и неприятные последствия из-за влажного белья.
- Избегать сидячего образа жизни и двигаться как можно больше.
- Избегать стрессов, которые усиливают мочевыделение.
- Употреблять не менее 2 литров жидкости в день.

### **3.4. Предупреждение, ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций поврежденных органов или систем организма.**

Важно регулярно следить за состоянием органов, особенно простаты, после простатита. Регулярные визиты к врачу, анализы и обучение пациентов помогают выявить и контролировать возможные проблемы на ранней стадии. Коррекция факторов риска и своевременное лечение играют ключевую роль в предотвращении осложнений и успешном восстановлении.

### **3.5. Предупреждение и снижение степени возможного репродуктивного состояния.**

Предупреждение и снижение степени возможности бесплодия при остром бактериальном простатите отсутствует. Раннее выявление этих состояний, а также проведение эффективных мероприятий по лечению и реабилитации способствуют предотвращению возможных функциональных ограничений, улучшению качества жизни и снижению риска осложнений.

### **3.6. Улучшение качества жизни.**

Улучшение качества жизни при остром бактериальном простатите связано с ранним выявлением, адекватным лечением и последующей реабилитацией. Эффективные меры предупреждения и лечения данных состояний способствуют не только сохранению здоровья, но и повышению психологического и социального благополучия пациентов. Обеспечение доступа к современным методам диагностики и терапии, а также поддержка в процессе реабилитации, играют важную роль в обеспечении полноценной и комфортной жизни людей, столкнувшихся острым бактериальным простатитом.

### **3.7. Сохранение работоспособности пациента.**

Сохранение здоровья пациента при остром бактериальном простатите является важным аспектом медицинской заботы. Эффективные методы диагностики, лечения и последующей реабилитации направлены не только на восстановление здоровья, но и на поддержание пациента в активной жизненной форме.

### **3.8. Социальная интеграция пациента в общество.**

Одновременно с медицинской реабилитацией важно обеспечить социальную поддержку и адаптацию пациента в обществе. Это может включать

консультации психологов, а также поддержку при интеграции в социальную среду.

Целью реабилитации является возвращение пациента к полноценной жизни, обеспечение его самостоятельности и участия в общественной жизни. При этом важно учитывать индивидуальные особенности каждого пациента и предоставлять ему необходимую поддержку и помощь на всех этапах реабилитационного процесса.

#### **4. ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ 3-Х ВИДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И К РЕАБИЛИТАЦИИ (КОНКРЕТИЗИРУЮТСЯ СООТВЕТСТВЕННО ПРОФИЛЮ).**

Проведение трех видов профилактики и реабилитации при остром бактериальном простатите имеет четкие показания, соответствующие различным этапам заболевания. Первичная профилактика направлена на раннее выявление и лечение хронического простатита, а также на планирование рациональной половой жизни. Вторичная профилактика охватывает мероприятия для лиц, уже имеющих признаки простатита включая эффективные методы лечения и предотвращение рецидивов. Третичная профилактика сосредотачивается на поддержании достигнутых результатов лечения, предупреждении возможных осложнений и обеспечении качественной реабилитации с целью восстановления функциональности и предотвращения снижения репродуктивных и мочеполовых систем.

#### **5. КРИТЕРИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВИДОВ ПРОФИЛАКТИКИ (СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНЫМ СТАНДАРТАМ, ДАННЫМ ОСНОВАННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ);**

Для эффективной профилактики и реабилитации острого бактериального простатита необходимо учитывать различные аспекты, определяемые международными стандартами и основанными на доказательной медицине критериями. В первичной профилактике акцент делается на раннем выявлении факторов риска, таких как ИППП, хронического простатита, и проведении регулярных медицинских осмотров. Вторичная профилактика ориентирована на пациентов с клиническими проявлениями простатита и ИППП, требующими медицинского вмешательства, а также на тех, кто имеет историю рецидивирующих ИМТ. Третичная профилактика и реабилитация включают в себя наблюдение за состоянием после лечения, регулярные контрольные осмотры и оценку эффективности терапии с целью предотвращения рецидивов и минимизации возможных осложнений. Все критерии должны соответствовать высоким медицинским стандартам, обеспечивая индивидуализированный и эффективный подход к профилактике и реабилитации данной нозологии.

- 6. КРИТЕРИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭТАПА И ОБЪЕМА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР**  
Не разработаны.
- 7. ЭТАПЫ И ОБЪЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ**  
Специфических методов реабилитации не существует.
- 8. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ С УКАЗАНИЕМ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ.**  
Специфических методов реабилитации не существует.
- 9. ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ С УКАЗАНИЕМ УРОВНЯ.**  
Специфических методов реабилитации не существует.
- 10. ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**  
Специфических методов реабилитации не существует.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Dadashpour, M., et al. Acute Prostatitis After Transrectal Ultrasound-guided Prostate Biopsy: Comparing Two Different Antibiotic Prophylaxis Regimen. *Biomedical & Pharmacology Journal*, 2016. 9: 593.  
<https://biomedpharmajournal.org/vol9no2/acute-prostatitis-after-transrectal-ultrasound-guided-prostatebiopsycomparing>
2. Schaeffer, A.J. Prostatitis: US perspective. *Int J Antimicrob Agents*, 1999. 11: 205.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10394972>
3. Krieger, J.N., et al. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA*, 1999. 282: 236.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10422990>
4. (NIDDK), W.C.o.t.N.I.o.D.a.D.a.K.D., Chronic prostatitis workshop. 1995: Bethesda, Maryland
5. Alexander, R.B., et al. Elevated levels of proinflammatory cytokines in the semen of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology*, 1998. 52: 744.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9801092>
6. Alexander, R.B., et al. Chronic prostatitis: results of an Internet survey. *Urology*, 1996. 48: 568.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8886062>
7. Zermann, D.H., et al. Neurourological insights into the etiology of genitourinary pain in men. *J Urol*, 1999. 161: 903.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10022711>
8. Wagenlehner, F.M., et al. Bacterial prostatitis. *World J Urol*, 2013. 31: 711.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23519458>
9. Schneider, H., et al. The 2001 Giessen Cohort Study on patients with prostatitis syndrome--an evaluation of inflammatory status and search for microorganisms 10 years after a first analysis. *Andrologia*, 2003. 35: 258.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14535851>
10. Naber, K.G., et al., Prostatitis, epididymitis and orchitis, in *Infectious diseases*, D. Armstrong & J. Cohen, Editors. 1999, Mosby: London.
11. Badalyan, R.R., et al. Chlamydial and ureaplasma infections in patients with nonbacterial chronic prostatitis. *Andrologia*, 2003. 35: 263.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1453585284>
12. Berger, R.E., Epididymitis., in *Sexually transmitted diseases*, K.K. Holmes, P.-A. Mardh, P.F. Sparling & P.J. Wiesner, Editors. 1984, McGraw-Hill: New York.
13. Robinson, A.J., et al. Acute epididymitis: why patient and consort must be investigated. *Br J Urol*, 1990. 66: 642.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2265337>
14. Schaeffer, A.J. Prostatitis: US perspective. *Int J Antimicrob Agents*, 1999. 11: 205.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10394972>
15. (NIDDK), W.C.o.t.N.I.o.D.a.D.a.K.D., Chronic prostatitis workshop. 1995: Bethesda, Maryland.
16. Krieger, J.N., et al. Chronic pelvic pains represent the most prominent urogenital symptoms of "chronic prostatitis". *Urology*, 1996. 48: 715.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8911515>
17. Nickel, J.C. Effective office management of chronic prostatitis. *Urol Clin North*

Am, 1998. 25: 677.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10026774>

18. Gould, C.V., et al. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2010. 31: 319.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20156062>

19. Schaeffer, A.J., et al. Summary consensus statement: diagnosis and management of chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome. *Eur Urol* 2003. 43: 1.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1569905602001914?via%3Dihub>.

20. Bjerklund Johansen, T.E., et al. The role of antibiotics in the treatment of chronic prostatitis: a consensus statement. *Eur Urol*, 1998. 34: 457