

А.А. Гаврусев  
РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ В ЭТИОЛОГИИ  
ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Белорусский государственный медицинский университет

Вопрос этиологии хронического простатита, синдрома хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) до сих пор является открытым. Многие исследователи склоняются к инфекционной, а чаще бактериальной теории заболевания. Считается, что лидирующим этиологическим фактором бактериального простатита являются грамотрицательные бактерии: *Escherichia coli* (до 80%), а также *Proteus mirabilis*, *Enterobacter*, *Klebsiella* и др. (Набер К.Г. и др., 2006; Зельман Х.К. и др., 2006). В отношении роли грамположительных кокков (*Enterococcus*, *Staphylococcus spp.*) в этиологии простатита среди урологов нет единого мнения. Некоторые исследователи сообщают о частоте выявления грамположительных бактерий до 85% у пациентов с диагнозом ХП (Юнда И.Ф., 1889). Имеются сообщения о выявлении анаэробов, коринебактерий в семенной жидкости больных ХП (Дмитриева Г.А., 2007). Однако многие авторы сомневаются в том, что бактерии, большинство из которых относят к условно-патогенным, являются причиной возникновения ХП. В посевах секрета простаты при простатитах выделяют те же бактерии, что и из отделяемого уретры (грамположительные кокки, эпидермальный стафилококк, грамположительный диплококк). Также и в норме из секрета простаты можно высеять почти все те же бактерии, которые выявляются при неспецифическом воспалении простаты (Молочков В.А., 1998). Каплун М.И. (1984) не получил четкой корреляции между высеванием микробов в пунктате простаты и количеством лейкоцитов в секрете. По данным Krieger J.N. и др. (2005), при проведении многократных исследований отделяемого мочеполовых органов по методу Meares и Stamey у 29 пациентов в 94% случаев не удалось получить подтверждения источника локализации бактерий в мочевыводящих путях, т.е. была невозможность результатов бактериологического посева. Проводя повторные бактериологические исследования секрета простаты у больных хроническим уретропростатитом не получавших антибактериального лечения, авторы также редко получали воспроизводимые результаты по локализации бактерий. Хилькевич Н.Д. (2005) выявлял в уретре бактерии семейства *Enterobacteriaceae* (в основном *E. coli*) у 7,9% обследованных и указал на отсутствие существенной разницы в процентном выявлении данных

бактерий у практически здоровых и больных мужчин. Автор пришел к заключению, что энтеробактерии являются маловероятным причинным фактором развития воспалительного поражения мочевого тракта. В исследованиях Nickel J. и др. (1993, 2003) показана одинаковая частота распространения уропатогенных бактерий в секрете предстательной железы и 3-й порции мочи (около 8%) у пациентов с ХП/СХТБ и в группе контроля. Кроме того, уровень лейкоцитов в секрете простаты у 20% лиц из контрольной группы был выше нормальных показателей. Учитывая это, авторы сомневаются в целесообразности использования стандартного 4-х стаканного теста в диагностике ХП/СХТБ и предлагают к применению в урологической практике 2-х стаканый тест. Таким образом, анализ литературных данных свидетельствует об отсутствии единого мнения о роли бактериальной микрофлоры в генезе ХП.

*Целью* исследования являлась оценка характера бактериальной микрофлоры до и после антибактериального лечения у пациентов с хроническим уретропростатитом.

*Материал и методы.* Проведено обследование 150 пациентов, которые получали антибактериальную терапию по поводу хронического рецидивирующего уретропростатита на наличие бактериальной микрофлоры до и после лечения. Секрет предстательной железы для бактериологического посева собирали после массажа простаты. Пациенты перед исследованием частично опорожняли мочевой пузырь с целью удаления уретрального отделяемого. При отсутствии капельного выделения секрета исследовалась постмассажная моча. Посев материала осуществлялся на 5%-ный кровяной агар, который инкубировался 24 часа при температуре 37°C с дальнейшим выделением чистой культуры и идентификацией микроорганизмов. Степень бактериурии определялась методом секторных посевов по Голду. Чувствительность выделенных культур микроорганизмов к антибиотикам определяли, используя чистую культуру возбудителя методом диффузии в агар. Использовалась питательная среда «Микроген» (Россия). Результаты лечения оценены по динамике выраженности воспалительного процесса в простате (количество лейкоцитов в секрете), характеру жалоб (анкета суммарной оценки симптомов ХП по Лорану-Сегалу (СОХ-ХП)). Статистическая обработка данных выполнялась методом корреляционного анализа по Спирмену программой STATISTICA 6.0.

*Результаты исследования.* Бактериальная микрофлора в секрете простаты или постмассажной моче в количестве  $\geq 10^3$  КОЕ выявлена у 51 (34,0%) пациента. Видовой состав бактерий был представлен в 37 (72,5%)

случаях грамположительной (*Staphylococcus, Streptococcus*) и в 14 (27,5%) – грамотрицательной микрофлорой (семейство *Enterobacteriaceae*).

Анализ результатов определения чувствительности микробов к антибиотикам показал, что наибольшую активность по отношению к выделенным микроорганизмам проявляли следующие антибактериальные препараты: цефтриаксон, гентамицин, амикацин, левофлоксацин, меропенем. Высокий процент резистентных штаммов вышеперечисленных микробов отмечался по отношению к эритромицину, цефуроксиму, ампициллину, котримоксазолу.

Антибактериальная терапия проведена всем 150 пациентам в связи с наличием жалоб и воспалительного процесса в простате. У пациентов с выявленной бактериальной микрофлорой лечение проведено согласно результатам антибиотикограммы. Через месяц после антибактериального лечения проведено контрольное исследование на наличие и характер бактериальной микрофлоры. Результаты бактериальной обсемененности у пациентов с хроническим уретропростатитом после лечения были следующими. У 26 (51,0%) пациентов произошла элиминация бактерий. Эти пациенты выделены в 1 группу. У 13 (25,5%) пациентов (2 группа) вид бактериальной флоры не изменился. У 12 (23,5%) пациентов (3 группа) отмечена смена видового состава бактерий на ранее не выявлявшиеся. Еще у 10 человек из 99 (10,5%) (4 группа), у которых не было бактерий до лечения, отмечено появление бактериальной микрофлоры после антибактериальной терапии. Проведено сравнение выделенных групп по выраженности жалоб (балл СОС-ХП) и воспалительного процесса в простате (лейкоциты в секрете). Статистически достоверных различий данных показателей в группах не наблюдалось ( $p < 0,01$ ).

*Выводы.* Характер выявленной в секрете простаты бактериальной микрофлоры у пациентов с хроническим уретропростатитом не связан с выраженностью воспалительного процесса и эффективностью терапии заболевания. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости пересмотра показаний для назначения антибиотиков по результатам стандартного бактериологического посева при лечении хронического уретропростатита.