



Классификация, симптоматика, диагностика, лечение простатита*

Определение и классификация

Простатит – лабораторно доказанное воспалительное заболевание предстательной железы. В зависимости от клинической картины и длительности заболевания выделяют острый простатит и хронический бактериальный простатит. При наличии симптомов, сходных с клинической картиной простатита, но при отсутствии инфекционного агента принято говорить о синдроме хронической тазовой боли.

Общепринятая классификация простатита предложена Национальным институтом здоровья США (US National Institutes for Health). Согласно этой классификации, выделяют следующие категории простатита.

I. Острый бактериальный простатит.

II. Хронический бактериальный простатит.

III. Хронический простатит (синдром хронической тазовой боли):

- IIIA – воспалительный;
- IIIB – невоспалительный.

IV. Асимптоматический воспалительный простатит.

Острый бактериальный простатит – острый инфекционно-воспалительный процесс в предстательной железе.

Хронический бактериальный простатит характеризуется рецидивирующей инфекцией мочевых путей, возбудители которой обнаруживаются при микробиологическом исследовании секрета предстательной железы.

Синдром хронической тазовой боли устанавливается при наличии болевой симптоматики, продолжающейся не менее трех месяцев, и отсутствии роста патологической

микрофлоры из секрета предстательной железы. При этом разделение на воспалительный и невоспалительный синдромы носит условный характер и определяется по уровню лейкоцитов в секрете предстательной железы. Синдром хронической боли выявляется более чем у 95% пациентов, страдающих хроническим простатитом. Диагноз асимптоматического воспалительного простатита устанавливают гистологически в случае обнаружения признаков воспалительного процесса в предстательной железе при исследовании биоптатов ткани.

Острый простатит

Этиология

Острый простатит вызывают патогенные микроорганизмы мочевой системы. Чаще всего это *Escherichia coli*. Возможные возбудители: *Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Pseudomonas* spp., *Enterococcus* spp., *Staphylococcus aureus* (из-за длительных катетеризаций мочевого пузыря) и редко *Bacteroides* spp. Микроорганизмы могут попасть в предстательную железу из дистального отдела мочепускающего канала, а также из мочевого пузыря гематогенным и лимфогенным путем. Острый простатит бывает следствием инфекции мочевых путей.

Клиническая картина

Острый простатит – тяжелое системное заболевание, клинически проявляющееся симптомами:

- инфекции мочевых путей (дизурия, частота, urgency мочепускания);
- простатита (боль в пояснично-крестцовой области, промеж-

ности, половом члене и иногда в прямой кишке);

- бактериемии (лихорадка, озноб, артралгия, миалгия, тахикардия).

Осложнения

Острый простатит может осложняться абсцессом предстательной железы, острым эпидидимитом, пиелонефритом, острой задержкой мочеиспускания, сепсисом.

Диагностика

Для постановки диагноза необходимо провести:

- общий анализ средней порции мочи;
- посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам;
- посев крови на стерильность с определением чувствительности к антибиотикам;
- пальцевое ректальное исследование – предстательная железа теплая на ощупь, отечная, напряженная, резкоболезненная, могут быть очаги размягчения ткани.

Выполнение массажа предстательной железы противопоказано из-за выраженного болевого симптома и угрозы бактериемии. Кроме того, массаж нецелесообразен, так как микрофлору практически во всех случаях можно выявить при исследовании мочи.

Лечение

Лечебные мероприятия должны включать:

- постельный режим;
- адекватную гидратацию;
- обезболивание (нестероидные противовоспалительные препараты);

* Простатит // Клинические рекомендации по андрологической урологии / под ред. П.А. Щеплева. М.: Медфорум, 2016. С. 35–37, 92–94.



- антибактериальную терапию;
- при развитии острой задержки мочеиспускания – надлобковое отведение мочи.

Учитывая, что острый простатит характеризуется тяжелым течением, эмпирическую терапию назначают немедленно после взятия проб мочи и крови.

В зависимости от состояния больного антибиотики назначают как парентерально, так и перорально. При отсутствии эффекта от перорального приема антибиотиков назначают парентеральную терапию. Выраженный воспалительный процесс и связанная с ним повышенная перфузия позволяют добиться терапевтических концентраций антибиотиков в ткани предстательной железы.

Лечение начинают с антибиотиков широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения). После получения результатов микробиологического исследования проводят коррекцию антибактериальной терапии. При улучшении состояния больного антибиотики могут быть назначены перорально с учетом результатов посева. При пероральном назначении антибиотиков препаратами выбора являются фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг два раза в сутки или офлоксацин 200 мг два раза в сутки на 28 дней). При непереносимости фторхинолонов назначают ко-тримоксазол 960 мг два раза в сутки на 28 дней.

При неполном или неудовлетворительном эффекте от проводимого лечения может быть заподозрен абсцесс предстательной железы. С целью его выявления выполняют трансректальное ультразвуковое исследование или компьютерную томографию. При наличии абсцесса показано его промежностное или трансуретральное дренирование.

При правильно выбранной лечебной тактике прогноз течения острого простатита хороший. Оптимальная продолжительность антибактериальной терапии не установлена, однако

рекомендовано продолжать ее в течение четырех недель для минимизации развития хронического бактериального простатита. После выздоровления показано обследование мочеполовой системы для исключения анатомических предпосылок персистенции инфекции.

Хронический бактериальный простатит

Данное заболевание характеризуется хроническим воспалительным процессом в предстательной железе, наличием в анамнезе рецидивирующей инфекции мочевых путей без анатомических аномалий. Хронический бактериальный простатит встречается значительно реже, чем синдром хронической тазовой боли.

Этиология

Хронический воспалительный процесс предстательной железы вызывают патогенные, преимущественно грамотрицательные микроорганизмы, выделяемые из мочевых путей. Чаще всего высеваются *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Proteus mirabilis*. Возможно обнаружение грамположительных бактерий *Staphylococcus aureus* и *Enterococcus faecalis*.

Клиническая картина

Симптомы хронического бактериального простатита весьма вариabельны.

- Рецидивирующая инфекция мочевых путей может приводить к осложнениям (уретриту, эпидидимиту).
- Болевая симптоматика в зоне половых органов, таза (усиление дискомфорта в периоды обострений и исчезновение жалоб после антибактериальной терапии).
- Возможно бессимптомное течение вне обострений или наличие невыраженного тазового болевого симптома и ирритативных симптомов нижних мочевых путей.
- Лихорадка или другие системные проявления воспаления могут отсутствовать.

Диагностика

Для постановки диагноза необходимо всестороннее обследование пациента.

Анамнестические данные. Первичная диагностика основывается, как правило, на наличии в анамнезе рецидивирующей инфекции мочевых путей при отсутствии анатомических аномалий. Необходимо выяснить длительность заболевания, вероятные причины (по мнению пациента), частоту обострений, наличие в анамнезе венерических и системных заболеваний, бытовых и профессиональных вредностей, сведения о сексуальной жизни пациента, вредных привычках, проводимом ранее лечении.

Физикальное обследование. Пальцевое ректальное исследование – предстательная железа может быть диффузно уплотнена и болезненна в периоды обострений. При отсутствии изменений со стороны предстательной железы в период предполагаемого обострения необходимо проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями мочеполовой системы и аноректальной области.

Лабораторная диагностика. Общий анализ средней порции мочи позволяет выявить инфекцию мочевых путей, а также установить другие отклонения, требующие дальнейшего обследования пациента (например, гематурию). Посев мочи, как правило, не дает роста до рецидива инфекции мочевых путей.

Необходимость проведения четырехстаканной пробы остается дискуссионной, в широкой клинической практике она не применяется. Однако, учитывая возможность определения источника воспаления в мочеполовой системе с помощью данного метода, можно утверждать, что четырехстаканная проба служит «золотым стандартом» лабораторной диагностики хронического простатита.

Проведение четырехстаканной пробы Meares – Stamey требует

урология



подготовки пациента и предусматривает:

- наполненный мочевой пузырь;
- воздержание от половых контактов в течение суток;
- санацию головки полового члена непосредственно перед исследованием.

Для выполнения пробы берут:

- уретральную порцию – первые 10 мл в стерильный контейнер;
- мочепузырную порцию – после частичного опорожнения мочевого пузыря (150–200 мл) также собирают 10 мл мочи;
- секрет предстательной железы – получают путем массажа;
- постмассажную порцию – первые 10 мл мочи после массажа предстательной железы.

При интерпретации результатов учитывают следующие факторы. Уретральная порция отражает состояние мочеиспускательного канала. При уретрите количество лейкоцитов и КОЕ в 1 мл в 10 раз и более превышает таковое в мочепузырной порции.

Мочепузырная порция позволяет выявить первичный или вторичный цистит. При этом повышенное содержание лейкоцитов определяется во всех пробах, и установить локализацию воспаления затруднительно. После трехдневной санации нитрофурантоином с последующим повышенным содержанием лейкоцитов в секрете предстательной железы и/или постмассажной порции мочи может быть установлен диагноз хронического бактериального простатита.

Нормальные показатели секрета предстательной железы: менее 10 лейкоцитов в поле зрения, большое количество лецитиновых зерен, отсутствие микрофлоры. Наличие уропатогенных бактерий в секрете предстательной железы или постмассажной порции мочи позволяет установить диагноз хронического бактериального простатита, если эти бактерии отсутствуют (или их концентрация в 10 раз меньше) в уретральной и мочепузырной порциях. Выделение непатогенных микроорганизмов из секре-

та предстательной железы и/или в постмассажной порции и наличие более 10 лейкоцитов в поле зрения свидетельствуют о воспалительном синдроме хронической тазовой боли.

Отсутствие изменений во всех порциях, а также стерильность исследуемого материала позволяют установить диагноз невоспалительного синдрома хронической тазовой боли.

Определение уровня простатического специфического антигена (ПСА). Показаниями к исследованию служат возраст старше 45 лет, подозрение на рак предстательной железы при пальцевом ректальном исследовании. Уровень ПСА может повышаться до 50–100 нг/мл при остром простатите и отчасти при хроническом бактериальном простатите, сохраняясь на повышенном уровне в течение шести – восьми недель после исчезновения симптомов заболевания.

Инструментальные методы исследования. Трансректальное ультразвуковое исследование – «золотой стандарт» в ультразвуковой диагностике заболеваний предстательной железы.

Урофлоуметрия, или уродинамическое исследование, может выполняться для исключения других заболеваний, предрасполагающих к развитию рецидивирующей мочевой инфекции. Максимальная скорость потока более 15 мл/с указывает на нормальное функционирование мочевого пузыря и проходимость мочеиспускательного канала, при показателях 10 мл/с и ниже предполагается наличие инфравезикальной обструкции.

Лечение

Необходимо довести до сведения пациента, что наличие воспалительного очага в предстательной железе служит причиной рецидивирующей мочевой инфекции и может приводить к периодическим обострениям на протяжении длительного времени, пока не будет достигнута полная санация в результате успешного

лечения. Основной метод лечения – антибактериальная терапия, которую назначают по результатам посева. Препаратами выбора служат фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг два раза в сутки, левофлоксацин 500 мг один раз в сутки, офлоксацин 200 мг два раза в сутки или норфлоксацин 400 мг два раза в сутки в течение 28 дней). Вероятность развития побочных эффектов от приема фторхинолонов минимальна, однако следует помнить, что при появлении сухожильных симптомов (боль) от приема препаратов следует немедленно отказаться. При непереносимости фторхинолонов альтернативным препаратом может быть доксицилин 100 мг два раза в сутки или ко-тримоксазол 960 мг два раза в сутки в течение 28 дней. При назначении тетрациклинов следует помнить о наличии к ним устойчивости большинства патогенных микроорганизмов мочевых путей. Нецелесообразно менять антибактериальные препараты каждые семь – десять дней.

Дальнейшее наблюдение

Поскольку существует высокий риск развития рецидива, после лечения хронического бактериального простатита показано проведение повторных микробиологических исследований.

Синдром хронической тазовой боли (хронический небактериальный простатит)

Диагностика

Для диагностики синдрома хронической тазовой боли нет утвержденных критериев. Как правило, данный диагноз предполагает исключение другой патологии таза. Диагноз хронической тазовой боли никогда не ставят при таких состояниях, как активный уретрит, урогенитальный рак, стриктура мочеиспускательного канала и нейроурологические заболевания с нарушением детрузорной функции.



Воспалительный синдром

Выделение непатогенных микроорганизмов из секрета предстательной железы в постмассажной порции и/или наличие более 10 лейкоцитов в поле зрения свидетельствуют о наличии воспалительного синдрома хронической тазовой боли. В этих случаях наиболее часто рекомендуют антибактериальную терапию в течение двух недель. Преимущественно назначают фторхинолоны, при положительной динамике прием антибиотиков следует продолжить до четырех – шести недель.

Невоспалительный синдром

Единого мнения специалистов в отношении целесообразности применения антибактериальной терапии при данной патологии нет.

Асимптоматический воспалительный простатит

Лечение пациентов данной группы целесообразно проводить при следующих ситуациях.

- Бесплодие.
- Выявление при микробиологическом исследовании возбудителей инфекций, передающихся половым путем, таких как *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis*.
- Предстоящее плановое оперативное вмешательство на предстательной железе.

Дополнительное лечение простатита

Нестероидные противовоспалительные препараты

Данная группа препаратов рекомендована в качестве третьей линии по приоритетности после антибиотиков и альфа-адреноблокаторов для облегчения симптомов хронического простатита.

Применение альфа-адреноблокаторов

Систематический обзор данных литературы свидетельствует о целесообразности применения альфа-адреноблокаторов в терапевтических дозах при симптомах простатита, причем наличие клинически зна-

чимого эффекта достигается при длительных (14–24 недель) курсах лечения, а также у пациентов, принимающих данные препараты впервые.

Физиотерапия

Применяемые различные физиотерапевтические методы лечения и массаж предстательной железы входят в состав комплексной терапии. Эффективность данных методов лечения не доказана, а мнение специалистов по этому поводу не совпадает. Полностью воздерживаться от физиотерапевтических процедур не следует.

Противопоказания для массажа предстательной железы:

- острый бактериальный простатит;
- хронический простатит в сочетании с раком или доброкачественной гиперплазией предстательной железы;
- камни предстательной железы;
- истинные кисты предстательной железы;
- инфравезикальная обструкция.

Тесты для самоконтроля

1. Распространенность хронического простатита (диагноз/симптомы) в популяционных исследованиях составляет примерно:

- а) < 1%;
- б) 2–10%;
- в) > 20%;
- г) 50%;
- д) неизвестно.

2. Назовите те этиологические факторы или механизмы, для которых подтверждена связь с воспалением в простате:

- а) рефлюкс в интрапростатические протоки;
- б) штаммы энтеробактерий;
- в) штаммы хламидий;
- г) штаммы уреаплазм;
- д) штаммы коринебактерий.

3. У 56-летнего пациента с ожирением в течение восьми часов отмечаются выраженная дизурия с большим количеством остаточной мочи, странгурия, боль в надлонной области и промежности с повышением температуры до фебрильной. При осмотре выявляются болезненность над лонным сочленением, увеличение и болезненность предста-

тельной железы. В общем анализе мочи – пиурия. У пациента сохраняются жалобы, несмотря на установку катетера Фолея, и фебрильная температура через 30 часов парентеральной терапии гентамицином и ампициллином. В бактериальном посеве мочи выявляется кишечная палочка. Какой следующий шаг в лечении:

- а) сменить препарат на цефалоспорин третьего поколения;
- б) дренировать мочевого пузыря троакарной цистостомой, выполнить трансректальное ультразвуковое исследование;
- в) выполнить цистоскопию;
- г) выполнить ультразвуковое исследование мочевого пузыря;
- д) выполнить экскреторную урографию.

4. Пациенту в возрасте 32 лет четыре месяца назад успешно проведена антибактериальная терапия цистита, вызванного *E. coli*, ко-тримоксазолом в течение семи дней. При повторном появлении симптомов цистита назначен трехдневный курс ципрофлоксацина, однако бактериальный посев не был взят. Через три дня после завершения терапии пациент обратился с жалобами на сохраняющийся

Урология



дискомфорт в промежности, боль при эякуляции и легкую дизурию. Моча до и после массажа предстательной железы и ее секрет стерильны. При микроскопии секрета предстательной железы выявлено 20 лейкоцитов в поле зрения. Наилучшая тактика лечения:

- а) провести терапию противовоспалительными препаратами;
- б) сделать стандартную трехстаканную пробу;
- в) подождать три дня и сделать стандартную четырехстаканную пробу по Meares – Stamey;
- г) повторно назначить ко-тримоксазол;
- д) повторно назначить фторхинолон на 21-й день.

5. Пациент в возрасте 47 лет в течение пяти лет отмечает боль и дискомфорт в промежности и надлонной области, обструктивную симптоматику. Эффекта от многочисленных курсов антибактериальной терапии, аденоблокаторов, противовоспалительных препаратов, повторных курсов массажа предстательной железы и фитотерапии нет. При пальпации предстательная железа напряженная, посев мочи после массажа стерилен, при микроскопии выявлено 20 лейкоцитов в поле зрения. Уровень ПСА составил 1,2 нг/мл. Наилучшая тактика:

- а) рассечение шейки мочевого пузыря;
- б) урофлоуметрия и определение остаточной мочи для определения показаний к оперативному лечению;
- в) видеоуродинамическое исследование;
- г) компьютерная томография органов малого таза;
- д) цистоскопия и трансректальное ультразвуковое исследование.

6. У 28-летнего пациента в анамнезе успешное лечение трех эпизодов цистита (бактериальный посев не выполняли). В настоящее время поступил с жалобами на учащенное мочеиспускание, дизурию и дискомфорт в надлонной области в течение трех дней. Предстательная железа при пальцевом ректальном исследовании без изменений, безболезненна. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и малого таза патологические изменения не выявлены. В анализе средней порции мочи, выполненном за сутки до этого, выделена кишечная палочка в концентрации 10^5 КОЕ/мл. Наилучшая тактика:

- а) анализ на определение локализации инфекции (двух- или четырехстаканная проба);
- б) курс лечения нитрофурантоином с последующим определением локализации инфекции;
- в) четырехнедельный курс лечения фторхинолонами;
- г) цистоскопия;
- д) трансректальное ультразвуковое исследование.

7. У 58-летнего пациента в течение двух лет наблюдается симптоматическая рецидивная инфекция мочевой системы (синегнойная палочка, 6–8 раз в год), в период

ремиссии симптомы заболевания отсутствуют. В фазу ремиссии из секрета предстательной железы и пост-массажной мочи выделена синегнойная палочка, при этом она отсутствует в средней порции мочи. При микроскопии в секрете предстательной железы отмечается большое количество лейкоцитов. На трансректальном ультразвуковом исследовании выявлены обширные кальцификаты. При цистоскопии изменений не обнаружено, объем остаточной мочи незначимый, уровень ПСА 1,0 нг/мл. Наилучшая тактика:

- а) профилактический прием низких доз антибиотиков;
- б) интрапростатическое введение антибиотиков;
- в) радикальная трансуретральная резекция предстательной железы;
- г) радикальная простатэктомия;
- д) трансуретральная микроволновая термотерапия.

8. Пациент в возрасте 24 лет обратился с жалобами на выраженную боль в промежности в течение шести лет с ирритативными и обструктивными симптомами мочеиспускания; четырехнедельный прием ко-тримоксазола, противовоспалительных препаратов, альфа-адреноблокаторов и фитотерапия эффекта не дали. Осмотр без особенностей, кроме спазма анального сфинктера и болезненной, но нормальной по консистенции предстательной железы. Видеоуродинамическое исследование показало нормальную форму шейки мочевого пузыря с плохим открытием поперечнополосатого сфинктера и нарушением электромиографической активности во время фазы опорожнения. Наилучшая тактика:

- а) четырехнедельный курс антибактериальной терапии фторхинолонами;
- б) прием миорелаксантов;
- в) трансуретральная коррекция шейки мочевого пузыря;
- г) петля обратной связи;
- д) трансуретральная микроволновая термотерапия.

9. У 52-летнего пациента сохраняется высокая фебрильная температура, несмотря на установку цистостомы и проведение внутривенной инфузии антибиотиков широкого спектра в течение 36 часов. На трансректальном ультразвуковом исследовании выявлен крупный абсцесс предстательной железы. Наилучшая тактика:

- а) дренирование через промежность;
- б) трансректальная аспирация;
- в) трансуретральное дренирование;
- г) открытое дренирование;
- д) надлобковая аспирация.

10. При лечении хронического простатита эффективностью альфа-адреноблокаторов:

- а) подтверждена при категории I;
- б) подтверждена при категории II;



- в) подтверждена при категории III;
- г) подтверждена при категориях II и III;
- д) возможна у некоторых пациентов с синдромом хронической тазовой боли категории III.

11. У 65-летнего пациента выполнена биопсия предстательной железы по поводу ее асимметрии при пальцевом ректальном исследовании. Уровень ПСА составляет 2,2 нг/мл. При морфологическом исследовании выявлена инфильтрация клетками острого

и хронического воспаления железистой и околожелезистой ткани. Следующий шаг в лечении:

- а) наблюдение;
- б) четырехнедельная антибактериальная терапия с повторным обследованием;
- в) четырехнедельная антибактериальная и противовоспалительная терапия с повторным обследованием;
- г) терапия альфа-адреноблокаторами;
- д) цистоскопия.

Ответы и комментарии

1. Б – 2–10%. В популяционных исследованиях индекса симптомов хронического простатита показано, что их распространенность в общей популяции у мужчин составляет от 2 до 10%.

2. Б – штаммы энтеробактерий. Наиболее частая причина бактериального простатита – граммотрицательные штаммы энтеробактерий.

3. Б – дренировать мочевой пузырь, выполнить трансректальное ультразвуковое исследование. Развитие абсцесса предстательной железы лучше всего определяется на трансректальном ультразвуковом исследовании. При остром бактериальном простатите легко установить диагноз и назначить эффективное лечение антибактериальными препаратами, и врач должен помнить о возможности формирования абсцесса предстательной железы у пациентов, у которых терапия не дает быстрого ответа.

4. Д – повторно назначить фторхинолон. Наиболее важный ключ в диагностике хронического бактериального простатита – наличие в анамнезе рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей. Необходимо продолжить антибактериальную терапию фторхинолонами в течение не менее четырех недель.

5. Б – урофлоуметрия и определение остаточной мочи для выявления показаний к оперативному лечению. Наличие обструктивной симптоматики и безуспешная антибактериальная терапия предполагают необходимость исключения механического компонента обструкции.

6. Б – курс лечения нитрофурантоином с последующим определением локализации инфекции в нижних мочевыводящих путях. У пациентов с острым циститом определение бактерий в секрете предстательной железы или моче после массажа невозможно, поэтому необходимо назначить короткий курс антибактериальной терапии (один – три дня). Нитрофурантоин плохо проникает в предстательную железу, но позволяет устранить бактериальную инфекцию в мочевом пузыре. Для дальнейшей диа-

гностики простатита необходимо определить локализацию бактерий в моче после массажа или секрете предстательной железы.

7. А – профилактический прием низких доз антибиотиков. При рецидивирующем, или рефрактерном, простатите можно проводить длительную терапию низкими дозами профилактических либо подавляющих антимикробных препаратов.

8. Г – петля обратной связи. Учитывая возможность того, что мочеиспускание и боль, связанные с синдромом хронической тазовой боли, могут развиваться вторично на фоне диссинергии во время мочеиспускания или повторного спазма мышц промежности, петля обратной связи позволит облегчить симптомы. Пациентам молодого возраста необходимо избегать рассечения шейки мочевого пузыря до появления детей из-за риска развития ретроградной эякуляции.

9. В – трансуретральное дренирование. При отсутствии быстрого ответа на антибиотикотерапию оптимально дренировать абсцесс предстательной железы трансуретральным рассечением, хотя сначала можно попробовать чрескожную аспирацию под ультразвуковым контролем (любым способом).

10. Д – подтверждена эффективность при категории III. В четырех рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях показана эффективность теразозина, алфузозина и тамсулозина у пациентов с синдромом хронической тазовой боли. Тем не менее в двух последних крупных рандомизированных плацебоконтролируемых исследованиях, спонсированных Национальным институтом здоровья, не подтверждена эффективность альфа-адреноблокаторов у пациентов, получавших много различных препаратов, или с недавно выявленным синдромом хронической тазовой боли, которые не получали альфа-адреноблокаторы.

11. А – наблюдение. Бессимптомный воспалительный простатит (категория IV) по определению не требует симптоматической терапии. 🌐

урология