



Сравнительная оценка эффективности лечения хронического бессимптомного простатита (категория IV), обусловленного *Enterococcus spp.*

Д.Г. Почерников, Н.Т. Постовойтенко, А.И. Стрельников

Адрес для переписки: Денис Геннадьевич Почерников, urologkmn@mail.ru

Актуальность. Хронический бессимптомный простатит (категория IV) наименее изучен из всех форм простатита. Роль *Enterococcus spp.* в возникновении и поддержании хронического простатита дискутабельна. Растущая мультирезистентность к антибиотикам и низкая эффективность лечения хронического простатита диктуют поиск альтернативных методов лечения.

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности лечения бактериоспермии, обусловленной *Enterococcus spp.*, у мужчин с хроническим простатитом препаратами группы фторхинолонов и препаратом Витапрост® форте.

Материал и методы. В инициативное рандомизированное проспективное исследование включено 112 пациентов с отсутствием клинической симптоматики и выявленными изолятами *Enterococcus spp.* в титре 1000 КОЕ/мл и более. Пациенты рандомизированы на две равные группы: первая прошла курс монотерапии препаратом Витапрост® форте, вторая получала терапию фторхинолонами.

Результаты и их обсуждение. После месячного курса лечения препаратом Витапрост® форте бактериологический посев был стерилен у 13 (23,2%) пациентов, *Enterococcus spp.* выявлен у 19 (33,9%) пациентов. После трехнедельной терапии фторхинолонами у восьми (14,3%) мужчин посевы были стерильными, *Enterococcus spp.* обнаружен у 21 (37,5%) мужчины. У 24 (42,9%) пациентов первой группы и 27 (48,2%) пациентов второй группы идентифицирована иная флора. Статистически значимых различий в количестве стерильных посевов, а также в бактериологических анализах с идентифицированным *Enterococcus spp.* выявлено не было.

Выводы. Исследование продемонстрировало сопоставимую эффективность результатов лечения фторхинолонами и препаратом Витапрост® форте. Перед назначением антибактериальных препаратов пациентам с хроническим бессимптомным простатитом и выявленным в ходе бактериологического анализа эякулята *Enterococcus spp.* предлагается проводить курс лечения простатопротекторами с целью дренирования ацинусов и выявления скрытой значимой патогенной флоры. Назначение антибактериальных препаратов, активных только в отношении первично выявленной грамположительной флоры, может негативно сказаться на эффективности дальнейшей терапии и способствовать появлению резистентных штаммов микроорганизмов.

Ключевые слова: хронический бессимптомный простатит (категория IV), бактериологический анализ эякулята, бактериоспермия, обусловленная *Enterococcus*, Витапрост® форте, простатопротекторы



Введение

Хронический простатит – одно из самых распространенных урологических заболеваний среди мужского населения [1, 2]. Сложилось мнение, что простатит чаще носит абактериальный характер [1, 3, 4, 5], но исследования последних лет изменили парадигму в отношении стерильности секрета простаты, постмассажной порции мочи, эякулята и других биологических жидкостей. Это произошло благодаря более широкому внедрению в практику современных методов диагностики, таких как метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), в том числе с детекцией результатов в режиме реального времени (ПЦР-РВ), газожидкостная хроматография или масс-спектрометрия, которые позволяют выявить микроорганизм вне зависимости от культуральных и морфологических особенностей [3, 6–8].

У большинства пациентов с клиническими проявлениями простатита при первичном обращении отсутствует значимый титр бактерий и определяется нормальное количество лейкоцитов в секрете простаты или эякуляте. Это чаще обусловлено обструктивными формами простатита [9–14]. По данным литературы, использование принципиально разных методов лечения у части пациентов приводит к одинаковым результатам: исчезают клинические симптомы, выявляется значимый титр бактерий и повышается их уровень в секрете простаты и/или эякуляте, что связано с ликвидацией обструкции в выводных протоках простаты [11–16]. Микроорганизмами, вызывающими бактериальный простатит, считаются все грамотрицательные энтеробактерии, а среди грамположительных – *Enterococcus* [17–20].

Из всех форм хронического простатита наименее изученным остается бессимптомный (асимптоматический) (категория IV по классификации Национального

института здравоохранения США, 1999). При этой форме простатита в первичных бактериальных посевах эякулята или секрета простаты наиболее часто обнаруживается грамположительная флора, в частности *Enterococcus* spp., при этом под значимой бактериоспермией понимают количество 1000 КОЕ/мл и более [21–24]. В последние годы у больных с простатитом категории IV все чаще в бактериологических посевах секрета простаты и эякулята выявляется *Enterococcus*.

На сегодняшний день большинство урологов находят неудовлетворительным лечение и профилактику хронического простатита, так как методы диагностики несовершенны и этиология заболевания, как правило, остается неизвестной [2, 3, 6]. Неясность этиологии большинства простатитов и отсутствие микроорганизмов в первичных бактериологических посевах обуславливают сложность обоснованного подбора антибиотикотерапии и других методов лечения [3]. Анализ литературы позволил обнаружить единичную публикацию с указанием четких критериев по выбору терапии при хроническом бессимптомном простатите, в которой не рекомендуется назначение антибиотиков (уровень доказанности 3А), за исключением пациентов с бесплодием, повышенным простатическим специфическим антигеном и/или пациентов, готовящихся к биопсии простаты [24].

К основным видам терапии хронического простатита можно отнести назначение антибактериальных препаратов, препаратов, корригирующих процессы иммунитета, улучшающих микроциркуляцию, нестероидных противовоспалительных препаратов, фитопрепаратов, ферментных препаратов, альфа-1-адреноблокаторов, биологически активных веществ, в том числе выделенных из предстательной железы крупного рогатого скота, а также

пальцевой массаж предстательной железы, физиотерапию [2, 3]. По данным отечественных авторов, лечение простатита должно быть комплексным и направлено на восстановление микроциркуляции в предстательной железе, элиминацию возбудителя, устранение ведущих симптомов болезни, восстановление дренирования простатических желез, профилактику и лечение возможных осложнений [2, 3, 25, 26].

На наш взгляд, для лечения любой категории хронического простатита трудно найти более подходящий препарат, чем простатилен, который пользуется большой популярностью у отечественных урологов. В последние годы доказано, что применение простатилена у мужчин с хроническим простатитом и нарушенной фертильностью улучшает качественные и количественные показатели сперматозоидов, снижает показатели теста на смешанную антиглобулиновую реакцию (Mixed Antiglobulin Reaction Test) и индекса фрагментации ДНК, способствует улучшению ультраструктурных морфофункциональных характеристик сперматозоидов [27–29]. В последние годы появилась новая форма простатилена – Витапрост® форте. Он отличается от обычного Витапроста более высоким содержанием пептидов. В доступной нам литературе не встречалось публикаций, связывающих влияние препарата Витапрост® форте на бактериоспермию, обусловленную *Enterococcus* spp., у пациентов с хроническим бессимптомным простатитом (категория IV).

Цель исследования

Сравнительная оценка эффективности лечения бактериоспермии, обусловленной *Enterococcus* spp., у мужчин с хроническим бессимптомным простатитом (категория IV) препаратами группы фторхинолонов и препаратом Витапрост® форте.

урология

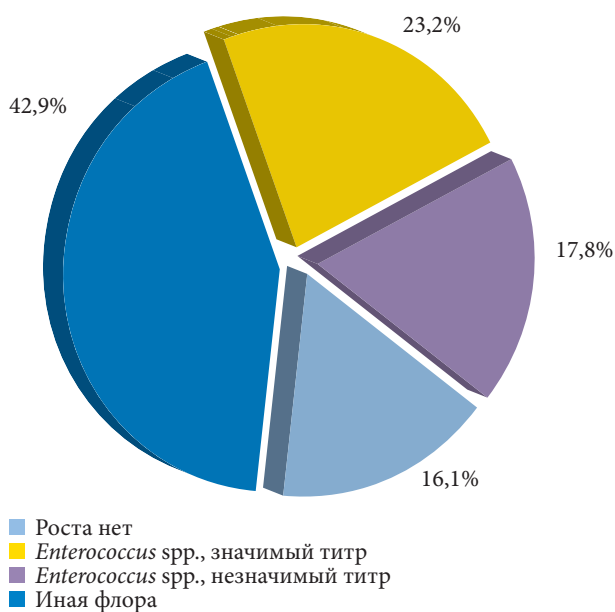


Рис. 1. Результат лечения препаратом Витапрост® форте

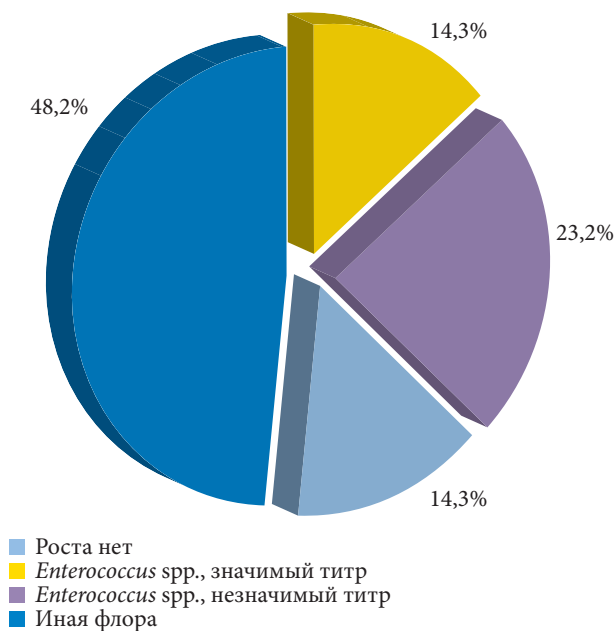


Рис. 2. Результат лечения фторхинолонами

Материал и методы

Проведено инициативное рандомизированное проспективное исследование, в котором приняли участие 112 пациентов с асимптоматической бактериоспермией (хроническим бессимптомным простатитом, категория IV), обратившихся в урологическую

клинику Ивановской государственной медицинской академии в период 2010–2016 гг. Среди причин обращения – бесплодие или планирование зачатия, визит после биопсии простаты, неспецифические инфекции мочеполовой системы у супруги.

По возрасту и титру бактериоспермии в первичных бактериологических посевах эякулята мужчины рандомизированы на две равные группы. Средний возраст пациентов первой группы составил 34 ± 7 года, второй группы – 33 ± 9 года. Пациенты первой группы ($n = 56$) прошли курс монотерапии Витапрост® форте по одной свече один раз в день на ночь в течение одного месяца, второй группы ($n = 56$) – принимали фторхинолоны в течение трех недель. Антибиотики назначались по результатам антибиотикограммы первичного посева в соответствии с максимальной чувствительностью.

Критериями включения в исследование были отсутствие характерной для простатита клинической симптоматики в виде дискомфорта и болевого синдрома в зоне половых органов и таза, ирритативных симптомов нижних мочевых путей, наличие выявленных изолятов *Enterococcus* spp. в значимом титре (1000 КОЕ/мл и более) по результатам бактериологического анализа эякулята. Все мужчины за последние два месяца не получали antimicrobных препаратов и пользовались барьерной контрацепцией.

Диагноз хронического простатита был подтвержден трансректальным ультразвуковым исследованием предстательной железы и наличием лейкоцитов в поле зрения по результатам микроскопии секрета предстательной железы более 10 и/или 1 млн/мл и более по результатам спермограммы. Эякулят выбран в качестве материала для бактериологического анализа, потому что большая часть пациентов обратилась по поводу планирования зачатия или бесплодия.

Всем пациентам проводился бактериологический анализ спермы до и после лечения, оценивалось количество лейкоцитов в спермограмме и/или секрете простаты, трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы с определением остаточной мочи. Методом ПЦР или ПЦР-РВ исключались инфекции, передаваемые половым путем.

Забор эякулята проводился до назначения лекарственной терапии в стерильные пробирки с транспортной средой, которые доставлялись в лабораторию в течение одного-двух часов от момента забора. Бактериологический анализ спермы и определение чувствительности к антибиотикам выполнялись на базе бактериологической лаборатории Противотуберкулезного диспансера им. М.Б. Стоюнина (Иваново). Бактериологический анализ эякулята осуществляли методом секторных посевов по Голду – Родману на чашках Петри с кровяным агаром, а также средами Эндо и Сабуро. По капле материал помещали в селенитовую или магниевую среду в соотношении 1:9 для накопления энтеропатогенных бактерий. Посевы оставляли в термостате на 18–24 часа при температуре 35–37°. По окончании инкубации проводили количественный учет, идентификацию и определение концентрации микроорганизмов. Значимой бактериоспермией признавали титр 1000 КОЕ/мл и более, незначимой – менее 1000 КОЕ/мл.

После проведенного лечения всем мужчинам выполнялись контрольный бактериологический анализ спермы (обязательное условие – барьерная контрацепция в ходе исследования) и спермограмма по показаниям на анализаторе спермы SQA-V (Израиль) в Ивановском научно-исследовательском институте материнства и детства им. В.Н. Городкова. Статистический анализ проведен с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2010, Statistica 10.0.



Результаты

По окончании лечения бактериологический посев в первой группе был стерилен у 13 (23,2%) пациентов, во второй группе – у восьми (14,3%) (различия статистически не значимы, $p=0,31$).

В бактериологических посевах первой группы, принимавшей Витапрост® форте, *Enterococcus* spp. выявлен у 19 (33,9%) мужчин, при этом в значимом титре у десяти (17,8%), а незначимом – у девяти (16,1%). Во второй группе, получавшей фторхинолоны, *Enterococcus* spp. в посевах спермы обнаружен у 21 (37,5%) мужчины, при этом у 13 (23,2%) в значимом титре и у восьми (14,3%) – в незначимом (рис. 1 и 2) (разница статистически не достоверна, $p=0,46$). У остальных 24 (42,9%) пациентов первой группы и 27 (48,2%) мужчин второй группы идентифицирована иная флора, спектр штаммов микроорганизмов представлен на рис. 3 и 4 соответственно. У четырех (7,1%) мужчин в первой и десяти (17,9%) во второй группе в контрольных бактериологических посевах выявлены ассоциации микроорганизмов.

После проведенного лечения общепризнанные патогенные грамотрицательные микроорганизмы обнаружены в посевах у 12,5% пациентов первой и 21,4% пациентов второй группы, но в связи с недостаточно большой выборкой различия не достоверны ($p=0,17$).

При анализе спермограмм не выявлено статистически достоверных различий в основных показателях, но имелась тенденция ухудшения морфологии сперматозоидов у мужчин, принимавших фторхинолоны. Вместе с тем в группе пациентов, получавших Витапрост® форте, наблюдалось повышение подвижности сперматозоидов категории А + В. Статистически достоверное различие в показателях лейкоспермии в обеих группах отсутствовало ($p=0,48$).

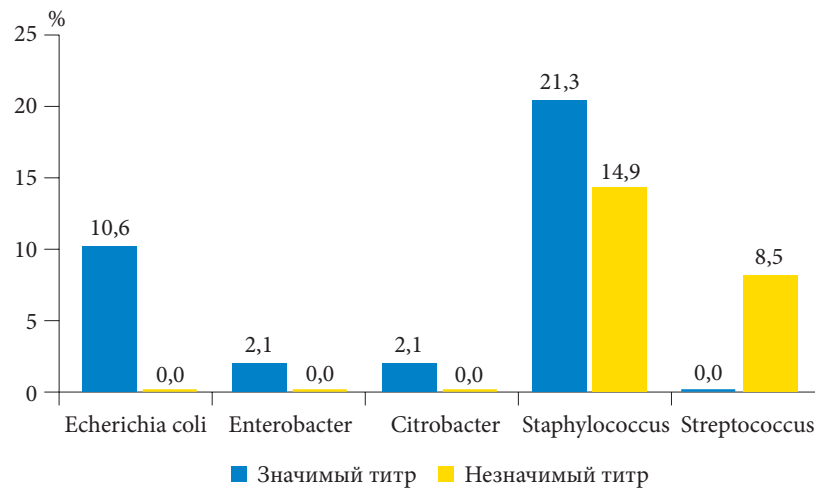


Рис. 3. Микроорганизмы, выявленные после лечения препаратом Витапрост® форте (47 штаммов)

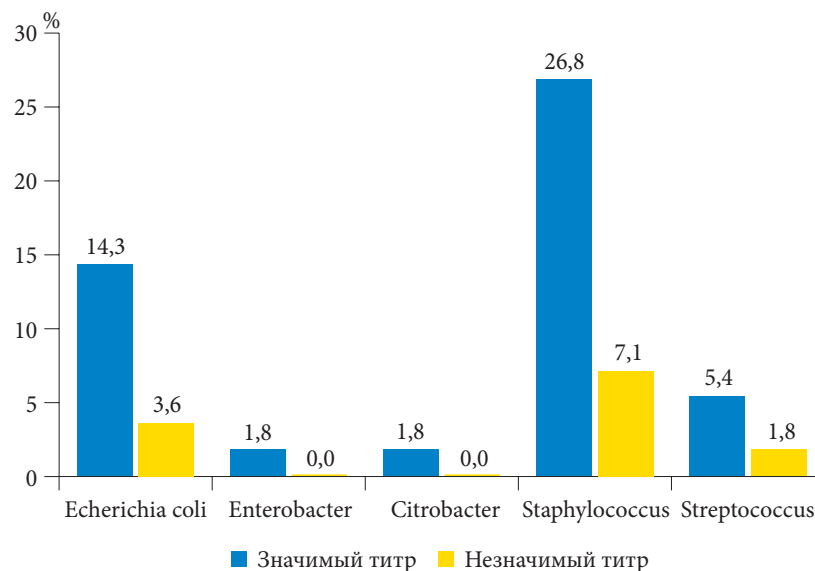


Рис. 4. Микроорганизмы, выявленные после курса фторхинолонов (56 штаммов)

На протяжении всего курса лечения препаратом Витапрост® форте не отмечено ни одного случая развития аллергических реакций или побочных проявлений, ни один пациент не прервал курса терапии. По мнению большинства пациентов, получавших Витапрост® форте, у них улучшилась эрекция и повысилось либидо. Двое пациентов отметили зуд в перианальной области, но не прекратили использовать препарат до конца рекомендованного курса лечения.

Обсуждение

У пациентов с хроническим бессимптомным простатитом (категория IV), обусловленным *Enterococcus* spp., эффективность применения фторхинолонов и препарата Витапрост® форте оказалась сопоставимой.

После проведенного лечения у мужчин в обеих группах кардинально изменился микробиом эякулята, вероятно, вследствие дренирования ацинусов предстательной железы, которые находились в состоянии обструк-

урология



ции. Следовательно, можно предположить, что Витапрост® форте ликвидирует дефицит белковых соединений, входящих в нормальный состав секрета простаты, обеспечивая антибактериальное действие лучше, чем фторхинолоны.

У пациентов первой группы (Витапрост® форте) со стерильными бактериологическими посевами и исчезновением лейкоспермии явно улучшились как количественные, так и качественные показатели спермограммы, что не отмечалось во второй группе (фторхинолоны). Отсутствие статистически значимых изменений в спермограммах можно объяснить недостаточным интервалом лечения и наблюдения, а также появлением в эякуляте патогенных грамотрицатель-

ных бактерий, которые негативно влияют на основные количественные и качественные показатели спермограммы. На наш взгляд, в алгоритм обследования пациентов необходимо включать более современные методы обнаружения микроорганизмов, такие как масс-спектрометрия и ПЦР-РВ.

Заключение

Вероятно, *Enterococcus* не всегда выступает в качестве этиологического агента, вызывающего хронический простатит, а часто экранирует истинную флору, которая не обнаруживается вследствие возможной обструкции ацинусов, вызванной длительным воспалительным процессом, как правило протекающим бессимптомно. В этой связи перед назначением антибактериальных препаратов

пациентам с хроническим бессимптомным простатитом (категория IV) и выявленным в ходе бактериологического анализа эякулята *Enterococcus* spp. предлагается проводить курс лечения простатопротекторами с целью дренирования ацинусов и обнаружения скрытой значимой патогенной флоры. Назначение антибактериальных препаратов, активных только в отношении первично выявленной грамположительной флоры, может негативно сказаться на дальнейшем лечении таких пациентов и способствовать появлению резистентных штаммов микроорганизмов. 🌐

Конфликт интересов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Литература

1. *Wenninger K., Heiman J.R., Rothman I. et al.* Sickness impact of chronic nonbacterial prostatitis and its correlates // *J. Urol.* 1996. Vol. 155. № 3. P. 965–968.
2. Рациональная фармакотерапия в урологии. Руководство для практикующих врачей. 2-е изд., испр. и доп. / под общ. ред. Н.А. Лопаткина, Т.С. Перепановой. М.: Литтера, 2012.
3. *Божедомов В.А.* Хронический простатит: новая парадигма лечения // *Урология.* 2016. № 3S. С. 78–90.
4. *Weidner W., Schiefer H.G., Krauss H. et al.* Chronic prostatitis a thorough search for etiologically involved microorganisms in 1,461 patients // *Infection.* 1991. Vol. 19. Suppl. 3. P. 119–125.
5. *Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Сезал А.С., Юдовский С.О.* Наше понимание проблемы хронического простатита // *Фарматека.* 2002. № 10. С. 69–75.
6. *Nickel J.C., Stephens A., Landis J.R. et al.* Search for microorganisms in men with urologic chronic pelvic pain syndrome: a culture-independent analysis in the MAPP Research Network // *J. Urol.* 2015. Vol. 194. № 1. P. 127–135.
7. *Коган М.И., Ибишев Х.С., Набока Ю.Л.* Этиологическая структура и антибиотикочувствительность микроорганизмов, выделенных при хроническом бактериальном простатите // *Consilium Medicum.* 2010. Т. 12. № 7. С. 5–7.
8. *Почерников Д.Г., Галкина И.С., Постовойтенко Н.Т., Герасимов А.М.* Сравнительный анализ биотопа эякулята и цервикального канала методом ПЦР-РВ с тестами «Андрофлор» и «Фемофлор» в супружеских парах // *Вестник Российского государственного медицинского университета.* 2017. № 2. С. 37–41.
9. *Петричко Е.Г., Петричко М.И., Боровской А.Н.* Диагностика и лечение обструктивных форм хронического простатита // *Материалы конференции «Современные аспекты диагностики и лечения хронического простатита».* Курск, 2000. С. 118–119.
10. *Гуськов А.Р.* Истоки хронического простатита. М.: Медика, 2008.
11. *Назаров Т.Н., Ризов Х.Х.* Этиопатогенез, диагностика и лечение хронического обструктивного простатита // *Материалы Международного конгресса по андрологии / Седьмого конгресса ПААР.* Россия, Сочи, 23–26 мая 2012. С. 68.
12. *Гуськов А.Р.* Технология дренирования предстательной железы при обструктивном хроническом простатите посредством ректального пневмомассажера ПВМ-Р-01 // *Урология.* 1999. № 4. С. 32–36.
13. *Feliciano Jr. A.E., Hennenfent B.R., Nickel J.C.* Repetitive prostatic massage combined with specific antibiotic therapy: a new approach to the treatment of chronic prostatitis // *J. Urol.* 1997. Vol. 157. Suppl. P. 239A.
14. *Канто А.А.* Изменения лейкоцитов в секрете простаты в процессе лечения хронического простатита // *Сборник тезисов 11-го Конгресса Профессиональной ассоциации андрологов России.* 25–28 мая 2016, Сочи, Дагомыс. С. 66–67.
15. *Ризов Х.Х., Шамсиев Дж.А., Шаханов А.Ш.* Способ лечения хронического обструктивного простатита. Патент № ТЖ 208 от 21 января 2009 г.
16. *Чалый Е.М., Ахведиани Н.Д., Харчилава Р.Р.* Мужское бесплодие // *Урология.* 2016. № 1S. С. 2–15.
17. *Nickel J.C.* Chronic prostatitis: an infectious disease? // www.medscape.com/viewarticle/410204_1.
18. *Локшин К.А.* Актуальные вопросы антибиотикотерапии простатитов // *Урология.* 2014. № 1. С. 55–61.

18
лет

Витапрост®
ЭКСПЕРТ
в лечении простаты

STADA



Универсальный¹
инструмент
в лечении заболеваний
простаты

Витапрост®

простаты экстракт

Таблетки

Наиболее удобная для пациента лекарственная форма. Оптимальна на втором этапе терапии ХП и ДГПЖ, а также для ежегодных профилактических курсов.

РУ № 002487 от 18.05.2012

Суппозитории

Классическая форма – более 10 лет самый назначаемый урологами лекарственный препарат от хронического простатита²

РУ № Р N001136/01
от 10.05.2007

Плюс

Лекарственный препарат, разработанный специально для лечения бактериального простатита. Содержит суточную дозировку антибиотика – фторхинолона ломефлоксацина гидрохлорида (400 мг)

РУ №ЛСР-002821/07
от 20.09.2007

Форте

Лекарственное средство с удвоенной дозировкой³ для лечения ДГПЖ, без отрицательного влияния на половую функцию. Оптимален для реабилитации пациентов после биопсий простаты.

РУ №ЛСР-002488/07
от 16.03.2012



АО «НИЖФАРМ», Россия, 603950, г. Нижний Новгород, Бокс-459, ул. Салганская, д. 7. Дата выпуска рекламы: февраль 2017
ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1. Показания к применению линейки препаратов Витапрост составляют более 90% от всех заболеваний простаты - доля простатита и ДГПЖ по отношению ко всем заболеваниям простаты составляет до 95,74% [Аполихин О.И., Севрюков Ф.А., Сорокин Д.А., Карпухин И.В., Пучкин А.Б., Семёнычев Д.В., Кочкин А.Д. Динамика и прогнозы заболеваемости доброкачественной гиперплазией предстательной железы в Нижегородской области / Экспериментальная и клиническая урология, Номер №3, 2013: <http://ecuro.ru/node/2907>]
2. По данным PnIndex Ipsos Comcon 2006–2016
3. Содержание простаты экстракта в препарате Витапрост суппозитории – 50 мг, в пересчете на водорастворимые пептиды – 10 мг. Содержание простаты экстракта в препарате Витапрост Форте – 100 мг, в пересчете на водорастворимые пептиды – 20 мг.



19. Studies on men's health and fertility / ed. by A. Agarwal, R.J. Aitken, J.G. Alvarez. New York: Human Press, LLC, 2012. P. 564–566.
20. Nickel J.C. Prostatitis // Can. Urol. Assoc. J. 2011. Vol. 5. № 5. P. 306–315.
21. Lin H.P., Lu H.X. Analysis of detection and antimicrobial resistance of pathogens in prostatic secretion from 1186 infertile men with chronic prostatitis // Zhonghua Nan Ke Xue. 2007. Vol. 13. № 7. P. 628–631.
22. Почерников Д.Г., Стрельников А.И., Винокуров Е.Ю., Черкасова М.Ю. Микробиологические особенности спермы больных хроническим простатитом // Вестник Ивановской государственной медицинской академии. 2009. Т. 14. С. 72.
23. Чеснокова М.Г., Новиков А.И., Новиков Ю.А и др. Особенности микробиологической диагностики хронического бактериального простатита // Урология. 2010. № 6. С. 47–50.
24. Тер-Аванесов Г.В., Анкирская А.С., Голубева Е.Л. Урегенитальные инфекции и фертильность мужчин // Генитальные инфекции и патология шейки матки: материалы Первого Российского конгресса. М., 2004. С. 35–36.
25. Ткачук В.Н., Ткачук И.Н. Эффективность Витапроста у больных хроническим простатитом // Урология. 2012. № 4. С. 88–91.
26. Клинические рекомендации. Андрология. 2-е изд., доп. и перераб. / под ред. П.А. Щеплева. М.: ИД МЕД-ПРАКТИКА-М, 2012.
27. Жуков О.Б., Евдокимов В.В., Брагина Е.Е. Улучшение качества жизни и морфофункциональных характеристик сперматозоидов у мужчин с хроническим абактериальным простатитом и программы прегравидарной подготовки к отцовству // Андрология и генитальная хирургия. 2017. Т. 18. № 1. С. 102–108.
28. Неймарк А.И., Неймарк Б.А., Давыдов А.В. и др. Применение препарата Витапрост у пациентов с хроническим простатитом, сопровождающимся нарушениями сперматогенеза // Урология. 2014. № 4. С. 56–59.
29. Зиганшин О.Р., Безпалько Ю.В., Ковалев Ю.Н. Эффективность применения препарата Витапрост у пациентов с бесплодием, развившимся на фоне хронического простатита // Урология. 2010. № 6. С. 50–54.

Comparative Evaluation of the Effectiveness of Treatment of Asymptomatic Inflammatory Prostatitis (Category IV) due to *Enterococcus* spp.

D.G. Pochernnikov, N.T. Postovoytenko, A.I. Strelnikov

Ivanovo State Medical Academy

Contact person: Denis Gennadyevich Pochernnikov, urologkmn@mail.ru

Relevance. Asymptomatic inflammatory prostatitis (category IV) is the least studied one of all forms of prostatitis. The role of *Enterococcus* spp. in the onset and maintenance of chronic prostatitis is debatable. The growing problem of multiresistance to antibiotics and low efficiency of chronic prostatitis treatment dictates the search for alternative methods of treatment.

Purpose. Comparative evaluation of the effectiveness of treatment of bacteriospermia caused by *Enterococcus* spp. using the drugs of the fluoroquinolone group and drug Vitaprost® forte in men with chronic prostatitis.

Materials and Methods. In the initiative randomized prospective study there were included 112 patients with absence of clinical symptoms and observed isolates of *Enterococcus* spp., titer of 1000 CFU/ml or more. Patients were randomized into two equal groups: the first underwent a course of monotherapy with the drug Vitaprost® forte, the second one received therapy with fluoroquinolones.

Results and Discussion. After a month of treatment with the drug Vitaprost® forte bacteriological culture was sterile in 13 patients (23.2%), *Enterococcus* spp. was found in 19 (33.9%) of men. After three weeks of fluoroquinolone therapy in eight men (14.3%) the samples were sterile, *Enterococcus* spp. was found in 21 men (37.5%). In 24 (42.9%) patients of the first group and 27 (48.2%) patients of the second group other flora was identified. There were no found statistically significant differences in the number of sterile samples, as well as in the bacteriological analyses with found *Enterococcus* spp.

Conclusions. The study demonstrated comparable effectiveness of treatment with fluoroquinolones and the drug Vitaprost® forte. Before prescribing antimicrobial drugs to patients with asymptomatic inflammatory prostatitis and identified *Enterococcus* spp. according to the results of the bacteriological analysis of the ejaculate is proposed to take a course of treatment prostate protectors with the purpose of draining the acini and reveal hidden important pathogens. Use of drugs active only against initially revealed gram-positive flora may be detrimental to the effectiveness of further treatment and stimulate the emergence of resistant strains microorganisms.

Key words: asymptomatic inflammatory prostatitis (category IV), bacteriological analysis of the ejaculate, bacteriospermia due to *Enterococcus*, Vitaprost® forte, prostate protectors