



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Prostatita acută și cronică
Protocol clinic național

PCN-262

Chișinău
2016

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 29.09.2016, proces verbal nr.3**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.754 din 30.09.2016
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Prostatita acută și cronică”**

Elaborat de colectivul de autori:

Ion Dumbrăveanu	USMF „Nicolae Testemițanu”
Adrian Tanase	USMF „Nicolae Testemițanu”
Emil Ceban	USMF „Nicolae Testemițanu”
Vitalii Ghicavîi	IMSP Spitalul Clinic Republican
Andrei Oprea	USMF „Nicolae Testemițanu”
Andrei Bradu	USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavîi	Comisia de specialitate a MS în farmacologie clinică
Valentin Gudumac	Comisia de specialitate a MS în medicina de laborator
Ghenadie Curocichin	Comisia de specialitate a MS în medicina de familie
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

CUPRINS	
Abrevieri folosite în document	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	4
A.1. Diagnosticul:	4
A.2. Codul bolii (CIM 10):.....	4
N41.0 Prostatită acută.....	4
N41.1 Prostatită cronică	4
A.3. Utilizatorii:	4
A.4. Scopurile protocolului:.....	4
A.8. Definițiile folosite în document.....	5
A.9. Informație epidemiologică:	7
B. PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară	7
B.2. Nivelul consultativ specializat.....	8
(Urolog, Androlog - nivel raional și municipal).....	8
B.3. Nivelul de staționar	10
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ.....	12
C 1.1. Particularitățile clinice ale prostatitei cronice.....	12
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	13
C.2.1. Clasificarea	13
C.2.2. Etiologia prostatitei.....	13
C.2.3. Profilaxia	13
C.2.4. Conduita pacientului cu PC	14
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	21
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară.....	21
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice	21
D.3. Secțiile de profil general ale spitalelor raionale, municipale	21
D.4. Centrul sau clinici specializate	21
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	22
Anexa 1. Idexul Simptomatologiei Prostatitei Cronice.....	23
Anexa 2. Scorul internațional al simptomelor prostatei.....	27
Anexa 3. Ghidul pacientului cu prostatită acută și cronică	28
Anexa 4. Formular model de acord informat.....	31
Bibliografie	32

Abrevieri folosite în document

PA	Prostatită acută
PC	Prostatită cronică
PSA	Antigenul prostatic specific
TRUSP	Ultrasonografie transrectală a prostatei
PCR	Reacție de polimerizare în lanț
USG	Ultrasonografie
DȘ	Nivel de dovadă științifică
GR	Grad de recomandare

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din reprezentanții catedrei Urologie și Nefrologie Chirurgicală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și IMSP Spitalul Clinic Republican (Chișinău, Republica Moldova).

Protocolul național este elaborat în conformitate cu sursele științifice contemporane privind conduita pacientului în prostatita acută și cronică. Recomandările și algoritmi expuși corespund principiilor medicinei bazate pe dovezi și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul:

Exemple de diagnostic clinic:

1. Prostatita acută. Abces al prostatei. Retenție acută de urină
2. Prostatită cronică bacteriană.
3. Prostatita cronică abacteriană. Sindrom cronic dureros pelvin.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

N41.0 Prostatită acută

N41.1 Prostatită cronică.

N41.2 Abces al prostatei.

N41.3 Prostatocistită.

N41.8 Alte patologii inflamatorii a prostatei

N41.9 Boala inflamatorie a prostatei fără specificare.

N 50.0 Afecțiuni ale prostatei în cadrul maladiilor clasate în alte locuri. Prostatita trihomoniazică.

A.3. Utilizatorii:

- Oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie).
 - Echipele AMU (medicii și felcerii de urgență, asistentele medicale de urgență).
 - Secțiunile/instituțiile consultative (urologi, andrologi, nefrologi, chirurghi, terapeuți).
 - Asociațiile medicale teritoriale (urologi, andrologi, nefrologi, chirurghi, terapeuți).
 - Secțiunile de urologie, chirurgie, terapie.
- Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

- Sporirea măsurilor profilactice pentru prevenirea apariției și dezvoltării PA și PC, la nivelurile de asistență medicală primară, specializată de ambulator și spitalicească.
- Facilitarea diagnosticului precoce al PA și PC.

- Sporirea calității tratamentului acordat pacienților cu PA și PC.
- Sporirea calității în supravegherea pacienților cu PA și PC.
- Prevenirea complicațiilor precoce și tardive a PA și PC, precum retenția acută de urină, infertilitatea masculină, ejacularea precoce, cancerul de prostată, etc...








A.5. Data elaborării protocolului: septembrie 2016

A.6. Data revizuirii următoare: septembrie 2018

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția deținută
Dr. Ion Dumbrăveanu, doctor în Medicină.	Conferențiar universitar, catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală a USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Adrian Tănase, doctor habilitat în medicină,	Profesor universitar, Șef catedră Urologie și Nefrologie Chirurgicală a USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Emil Ceban, doctor habilitat în medicină.	Profesor universitar, catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală a USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Vitalii Ghicavii, doctor în Medicină.	Conferențiar universitar, catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală a USMF „Nicolae Testemițanu”, șef secție Urologie IMSP SCR
Dr. Andrei Oprea, doctor în Medicină.	Conferențiar universitar, catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală a USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Andrei Bradu.	Asistent universitar, catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală a USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat și aprobat:

Denumirea instituției	Persoana responsabilă – semnătura
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „Nicolae Testemițanu”	
Comisia Științifico-Metodică de Profil „Chirurgie”	
Asociația medicilor de familie	
Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document.

Prostatita acută reprezintă inflamația acută a țesutului prostatic însoțită de semnele generale ale inflamației acute dar și simptomatologie urinară joasă.

Prostatita cronică reprezintă inflamația cronică în parenchimul prostatei cu formarea focarelor de scleroză. În mod tradițional termenul de prostatită

caracterizează prezența infecției la nivelul prostatei, dar deoarece prin metode de rutină infecția poate fi confirmată doar în 10-15% cazuri, adeseori pacienții necesită metode de investigații costisitoare sau sunt tratați cu preparate antibacteriene în mod empiric. Majoritatea pacienților cu „prostatită cronică” acuză prezența durerii pelvine, suprapubiene sau testiculare asociată sau nu cu dereglări mictionale sau ejaculatorii. Etiologia acestor dureri nu este pe deplin elucidată, iar recomandările de diagnostic și tratament sunt la acest moment contorversate. Din acest motiv clasificarea maladiei inclusă în CIM 10 necesită a fi revizuită. În prezentul protocol clinic am inclus clasificarea prostatitei conform Asociației Americane de Urologie și a consesului internațional asupra maladiilor prostatei din 1999. Clasificarea respectivă este aprobată și utilizată în SUA, UE și majoritatea țărilor lumii. (2,3,5, 10)

Nivelul de dovadă științifică și gradul de recomandare.

Trimiterile din text au fost evaluate în funcție de nivelul lor de dovadă științifică (DȘ) și împreună cu recomandările au fost clasificate pe baza Centrului Oxford pentru Medicina Bazată pe Dovezi.

Tabelul 1: Nivelul de dovadă științifică. (DȘ)

Nivelul de dovada	Caracterizarea dovezilor
1a	Dovezi obținute în baza meta-analizei studiilor științifice randomizate.
1b	Dovezi obținute în baza a cel puțin un studiu randomizat.
2a	Dovezi obținute din studii controlate, bine concepute, dar fără randomizare.
2b	Dovezi obținute din cel puțin un studiu experimental bine conceput.
3	Dovezi obținute în urma studiilor non-experimentale bine concepute, studii comparative, studii de corelare și rapoarte de caz.
4	Dovezi obținute din rapoartele comitetelor de experți, a opiniilor sau a experienței clinice respectate

Gradul de recomandare nu are întotdeauna o legatură directă lineară cu nivelul de evidență științifică datorita diferențelor metodologice sau a unor limitări de ordin științific. Astfel o dovadă științifică mare, nu întotdeauna poate fi transpusă direct în activitatea practică, iar absența unui nivel înalt de dovadă nu se opune gradului A de recomandare, în cazul când există o experiență clinică mare și un consens a experților, fapt care trebuie totuși menționat în text.

Tabelul 2. Gradul de recomandare. (GR)

Grad	Caracteristica recomandării.
A	În baza studiilor de clinice de calitate și coerență, în care recomandările specifice sunt menționate, inclusiv cel puțin un studiu clinic randomizat.
B	În baza studiilor de clinice bine realizate, dar fără studii clinice randomizate.
C	În baza opiniilor comitetului de experți, a experienței clinice îndelungate, în absența unor studii clinice de relevanță.

A.9. Informație epidemiologică.

Incidența PC variază de la 5-10% în SUA, pînă la 30-70% în țările Europene sau Rusia. Fiecare al doilea bărbat la un moment al vieții se va confrunta cu probleme cauzate de inflamația prostatei. În circa 7-30% cazuri maladia se complică, sau se asociază cu veziculita, epididimita, infertilitatea. Cel mai frecvent inflamația prostatei apare către vârsta de 30 – 50 de ani. În Republica Moldova date statistice oficiale ce țin de inflamațiile prostatei nu există. (10, 16, 22)

Protocolul clinic național va standartiza diagnosticul și managementul pacienților cu prostatită acută și cronică și va asigura un nivel înalt de acordare a serviciilor medicale populației R. Moldova.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară		
Descriere (măsuri)	Motivele (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Determinarea factorilor de risc: Activitate sexuală neregulată cu/sau multipli parteneri sexuali, staza în prostată, suprarăcirea, sedentarismul (DȘ – 3)	Obligatoriu: Educarea sexuală a populației, depistarea și evidența infecțiilor sexual transmisibile, mod sănătos de viață. (GR-C)
<p><i>Prostatita acută</i> la etapa primară necesită diagnostic pozitiv și administrarea unui antibiotic cu spectru larg din grupa fluorochinolonelor sau a cefalosporinelor de generația a doua sau a treia și tratament antiinflamator cu trimiterea la medicul specialist urolog sau androlog. (GR - B)</p> <p>In caz de prezență a complicațiilor notorii majore, precum starea febrilă, sau retenția acută de urină – trimitere spre internare urgentă în secțiile specializate de profil urologie, sau chirurgie. (GR - A)</p> <p>Prostatita cronică la etapa primară necesită diagnostic pozitiv și diferențiat cu trimiterea la medicul specialist urolog sau androlog.</p> <p>In caz de prezență a sindromului dureros pelvin se vor administra doar preparate antiinflamatorii nesteroidiene. În caz de dereglări micționale importante, polachiurie, se vor administra a-adrenoblocatori. Prescrierea antibioticelor fără efectuarea examinărilor microbiologice nu este recomandată.</p>		
2. Diagnostic		
2.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de PA sau PC (simptomatologie)	Anamneza și datele investigațiilor de bază pentru confirmarea diagnosticului.	Obligator: Anamneza In PC - Completarea chestionarelor și aprecierea scorului NIH-CPSI, I-PSS Examenul fizic Tușeul rectal. (cu atenție și fără masajul prostatei în PA). In PA - Hemoleucograma completă; Analiza generală a urinei. În PA și PC - Ecografia

		abdominală a prostatei cu determinarea urinei reziduale. (GR – A) In PC, la pacientul cu vârsta de peste 50 de ani - PSA. Consultul specialistului: În PC Urolog sau androlog În PA Urolog sau androlog sau chirurg.
2.2. Când este necesar consultului specialistului și/sau spitalizarea? C 2.5.5	Anamnestic cu simptome clinice grave sau maladii concomitente. Prezența complicațiilor sau a stării febrile prelungite în PA. (GR-C)	<ul style="list-style-type: none"> • Recomandarea consultației specialistului la pacienții cu dificultăți de diagnostic • Aprecierea necesității spitalizării.
3. Tratamentul		
Tratamentul medicamentos. C 2.5.5 Caseta 12 -14	In prostatita acută tratamentul constă în administrarea preparatelor antibacteriene, antiinflamatorii, blocatori ai a1 receptorilor, fitoterapie. In prostatita cronică la etapa primară, tratamentul constă în administrarea de antiinflamatorii nesteroidiene și blocatori ai a1 receptorilor.	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Preparatele se administrează conform schemelor terapeutice în dependență de simptomatologia prezentă. Caseta 12 -14.
4. Supravegherea		Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Periodicitatea supravegherii conform clasificării. • In PA - Hemoleucograma completă, analiza generală a urinei. Evaluarea continuă a pacientului.

B.2. Nivelul consultativ specializat de ambulator

(Urolog, Androlog)

Descriere (măsurile)	Motivul (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Confirmarea și specificarea factorilor de risc exogeni și endogeni, infecții cu transmitere sexuală sau inflamații ale altor sisteme. (DȘ – 3)	Măsurile educative pentru populație, inclusiv educația sexuală și combaterea infecțiilor sexual transmise.
1.2 Profilaxia secundară	Ameliorarea manifestărilor clinice a PA și PC Prevenirea dezvoltării complicațiilor în PA și PC (DȘ - 3)	Respectarea indicațiilor către spitalizarea de urgență a pacientului cu PA. Tratamentul antibacterian și antiinflamator conform formei clinice a prostatitei. Evaluarea pacienților în

		perioada posttrtament.
2. Screening-ul	Depistarea precoce a pacienților pentru a preveni agravarea bolii sau apariția complicațiilor.	Obligator: Adminstrarea tratamentului pentru infecțiile cu transmitere sexuală.
3. Diagnosticul pozitiv și diferențiat		
3.1. Confirmarea diagnosticului. C 2.5.1 C 2.5.2 C 2.5.3	Evaluarea acuzelor, a intensității sindromului dureros sau iritativ, a anamnezei datelor clinice și investigațiilor suplimentare instrumentale, hematologice sau/și microbiologice. Diagnosticul complicațiilor PA sau PC. Diferențierea inițială cu alte boli care se pot manifesta identic.	Obligator: <ul style="list-style-type: none"> • Completarea chestionarelor și aprecierea scorului NIH-CPSI, I-PSS. (GR – A) • Anamneza • Examenul fizic • Tușeul rectal • Investigațiile paraclinice: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Hemoleucograma completă. ➢ Analiza generală a urinei. ➢ Examen microscopic al frotiului prostatei, colorat. ➢ Cultura frotiului prostatic cu antibiograma și/sau urocultura după masajul prostatei, sau proba Stamey (GR-B) ➢ PCR pentru hlamidii, micoplasma, ureaplasma, trihomonada. (GR – C) ➢ Ecografia abdominală cu urina reziduală. (GR – C) ➢ TRUSP (GR – A) ➢ În PC - PSA, dacă vârsta este peste 50 de ani. Optional în situații incerte de diagnostic: Urofluometria, spermocultura cu antibiograma, spermograma, anticorpi către hlamidii, micoplazme, ureaplazme, aprecierea statutului imun (imunograma), RW. (GR – C)
3.2. Deciderea consultării altor specialiști și/sau spitalizării. C 2.5.5	În caz de stare gravă a pacientului cu prezența abcesului prostatei, a urosepsisului, a retenției acute de urină, a unor patologii concomitente sau suspiciune că infecția provine de la alte sisteme de organe, sau a afectat deja alte organe și sisteme.	<ul style="list-style-type: none"> • Consultația altor specialiști în dependență de necesitate – reumatolog, endocrinolog, proctolog, etc... • Respectarea recomandărilor medicului specialist de alt profil pentru pacienții cu dificultăți de diagnostic • Aprecierea indicațiilor pentru spitalizare.
4. Tratamentul		
4.1. Tratamentul medicamentos. 4.2. Tratamentul de urgență. C 2.5.7	Tratamentul corect în prostatită acută și cronică, conform schemelor terapeutice.	Obligator: Tratament antibacterian empiric în PA și conform antibiogramei sau germenilor depistați în PC, tratament antiinflamator,

		fitoterapie, preparate organotrope locale, antiagregante, a-adrenoblocante, fizioproceduri. Acordarea primului ajutor sau a tratamentului de urgență la etapa prespitalicească (<i>la necesitate</i>)
5. Supravegherea și recuperarea	Prevenirea complicațiilor PA și PC. Asigurarea la timp a consultului altor specialiști Ameliorarea calității vieții pacientului.	Supravegherea corectitudinii administrării tratamentului prescris. Implementarea modificărilor în stilul de viață. Respectarea relațiilor sexuale protejate pe toată durata tratamentului în PC. Terapia de suport după externarea din spital. Monitorizarea pacientului la interval de cel puțin 2 luni posttratament.
6. Spitalizarea pacientului	Asigurarea spitalizării în timp util, la necesitate	Respectarea criteriilor de spitalizare a pacientului cu PA sau PC.

B.3. Nivelul de staționar		
Descriere (măsură)	Motivele (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Spitalizarea pacientului	Dificultăți în controlul simptomelor la domiciliu, prezența complicațiilor notorii. Necesitatea efectuării unor manevre diagnostice sau terapeutice intervenționale.	Criterii de spitalizare în secții profil chirurgical general (raional, municipal) sau profil specializat Stare febrilă prelungită. Abcesul prostatei. Stare septică. Retenția acută de urină, Sindrom dureros persistent, necontrolabil. Dificultăți în stabilirea diagnosticului.
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului	Determinarea prezenței PA sau PC cu sindrom dureros pelvin. Determinarea severității PA. Stabilirea prezenței complicațiilor PA.	Obligator: - Anamneza - Completarea chestionarelor și aprecierea scorului NIH-CPSI, I-PSS. (<i>GR – A</i>) - Examenul fizic - Tușeul rectal - Investigațiile paraclinice: - Hemoleucograma completă. - Analiza generală a urinei. - În PC, PSA dacă vârsta este peste 50 ani sau dacă sunt suspiciuni de cancer a prostatei, indiferent de vârstă. - Examen microscopic al frotiului prostatei colorat.

		<p>- Cultura secreției prostatei și/ sau urocultura etajată cu antibiograma. (GR – A)</p> <p>- PCR pentru chlamidii micoplasma, ureaplasma, trihomonade. (GR – C)</p> <p>- Ecografia abdominală cu urina reziduală.</p> <p>- TRUSP. (GR – A)</p> <p>Opțional: Urofluometria; glicemie; anticopri către chlamidii, probe hepatice, imunograma, spermocutura cu antibiograma, RW. (GR – C)</p> <p>Investigații suplimentare speciale: Uretrocistoscopia, biopsia prostatei, tomografia computerizată, etc.. (GR – C)</p> <p>Consultația altor specialiști: endocrinolog, hepatolog, reumatolog, etc..</p>
3. Tratamentul		
<p>3.1. Tratamentul medicamentos</p> <p>C 2.5.7</p> <p>3.2. Tratamentul chirurgical</p> <p>Caseta 15.</p>	<p>Prevenirea dezvoltării complicațiilor PA sau înlăturarea lor.</p> <p>Tratamentul constă în efectuarea măsurilor necesare dispariției sau ameliorării tuturor simptomelor reversibile și îmbunătățirea calității vieții pacientului.</p> <p>Tratamentul complicațiilor PA și PC.</p> <p>Ameliorarea stării pacientului.</p>	<p>Obligator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate specifice conform diagnosticului: preparate antibacterine, antiinflamatorii, a-adernoblocatori, antiagregante, etc... cu sau fără efectuarea intervențiilor chirurgicale deschise sau miniminvasive, transuretrale. Efectuarea manoperilor sau a intervențiilor chirurgicale.
<p>4. Externare cu îndreptarea la nivelul primar pentru continuarea tratamentului și supraveghere.</p>	<p>Prevenirea complicațiilor tardive ale PA sau PC.</p> <p>La externare este necesar de elaborat un set de recomandări pentru medicul de familie privitor tactica ulterioară de management al pacientului.</p>	<p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnosticul precizat desfășurat; ✓ rezultatele investigațiilor ✓ tratamentul efectuat; ✓ recomandări explicite pentru pacient; <p>recomandări pentru medicul de familie.</p>

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C 1.1. Particularitățile clinice ale prostatitei acute sau cronice.

Prostatita acută apare de obicei brusc, la un pacient cu sau fără acuze urinare joase sau cu un diagnostic confirmat de prostatită cronică în antecedente. Se va manifesta în primul rând prin prezența acuzelor urinare joase, senzație de arsură sau usturime la micție, polachiurie, disurie, asociate de durere, stare febrilă sau chiar retenție acută de urină. Acuzele pot apărea în principiu indiferent de vârstă, dar preponderent la adultul tânăr pot fi precedate de o infecție cu transmitere sexuală și/sau o suprarăceală. (DȘ – 1a)

O importanță mare în diagnosticarea și evaluarea unui pacient cu patologia prostatei o are chestionarul simptomatologiei prostatitei cronice - NIH-CPSI, sau indexul calității vieții și a simptomatologiei urinare joase IPSS. (anexa 1, anexa 2) (1, 3, 7, 10) (DȘ – 1a)

Conform acestor chestionare se apreciază durerea sau disconfortul, micțiunea, influența simptomatologiei asupra activității cotidiene și a calității vieții.

Tabelul 3. Particularitățile manifestărilor clinice ale prostatitei acute sau cronice.

Particularități		Exemple
Prostatita acută	<i>Brusc</i>	<i>Durere perineală sau suprapubiană, febră mai mare de 38, dereglări de micție, imperiozitate micțională sau imposibilitatea urinării.</i>
	<i>Progresiv</i>	<i>Accentuarea durerilor, apariția durerilor testiculare, peniene, pelviene. Exacerbarea febrei, apariția frisoanelor.</i>
<i>Condiții de apariție</i>	<i>Factori declanșatori</i>	<i>Suprarăcirea, scăderea imunității, infecția cu transmitere sexuală, abținerea sau excesul sexual.</i>
<i>Simptome asociate (valabil și pentru PC)</i>	<i>În funcție de fonul premorbid existent sau de afectarea altor organe.</i>	<i>Uretrită, artrită, hepatită, fisuri anale, tromboză anorectală.</i>
Prostatita Cronică	<i>Debut de obicei silențios, mai rar brusc. Uneori pe fon de prostatită cronică se poate dezvolta un puseu de prostatită acută.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - polachiurie diurnă, urinari frecvente cu cantități mici de urina; - disurie, senzație de arsură sau usturime la urinare; - nicturie, urinări frecvente în timpul nopții; - dificultăți în pornirea jetului urinar, jet urinar întrerupt, presiune scăzută a jetului urinar și picături de urină după terminarea jetului; - senzație de golire incompletă a vezicii urinare; - durere sau disconfort la nivelul perineului, spatelui, zonei testiculare sau anale, abdomenului inferior, deasupra pubisului sau coapse, durere la extremitățile penisului; - durere sau disconfort în timpul sau după ejaculare; - ejaculare precoce. - în condițiile persistenței simptomelor – disfuncție erectilă.

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea prostatitei în dependență de manifestările clinice

- Prostatită acută.
- Prostatită cronică.

Caseta 2. Clasificarea prostatitei conform Institutului de Sănătate Publică din SUA 1995. (recomandată și recunoscută în SUA și UE)

Tip I	Prostatita acuta bacteriană	Infecție acută a prostatei.
Tip II	Prostatita cronică bacteriană	Infecție cronică a prostatei provocată de germeni bacterieni, gram pozitivi sau gram negativi.
Tip III	Prostatita cronică abacteriană / sindromul dureros cronic pelvin	Dureri (sau discomfort) în zona pelvio-genitală (cu durata de cel puțin 3 luni) însoțite de tulburări micționale și / sau sexuale fără depistarea unei infecții bacteriene.
Tip IIIA	Inflamator	Leucocite în sperma, secreția prostatică exprimată sau în urina recoltată după masajul prostatic.
Tip IIIB	Neinflamator	Fără leucocite în spermă, secreția prostatică exprimată sau în urina recoltată după masajul prostatic.
Tip IV	Prostatita inflamatorie asimptomatică	Inflamație evidențiată la punția biopsie prostatică, în secreția prostatică exprimată sau în urina recoltată după masajul prostatic, fără manifestări subiective.

C.2.2. Etiologia prostatitei.

Tabelul 2. Cei mai frecvenți germeni care provoacă prostatita. (8,10)

Agenti etiologici recunoscuți. (DȘ – 1a)	E. coli Klebsiella sp. Proteus mirabilis Enterococcus faecalis Pseudomonas aeruginosa
Agenti care au o implicare mai puțin recunoscută. (DȘ – 3)	Staphylococci Streptococci Corynebacterium sp. Chlamyda trachomatis Ureaplasma urealyticum Mycoplasma hominis Trihomonas vaginalis

C 2.2.1. Factorii de risc

Caseta 3. Factori principali de risc în apariția și dezvoltarea PA sau PC

Prevalența majoră a PA și PC este la bărbatul sexual activ cu vârsta cuprinsă între 20 - 50 de ani. PA sau PC nu este o excepție și la o vârstă mai tânără, sau peste 60 de ani.

Factorul de risc major al PA, PC bacteriene, tip II sau PC abacteriene, inflamatorii, tip IIIA este cel infecțios. (tabelul 2). Pătrunderea infecției în prostată poate avea loc pe cale retrogradă, sau hematogenă din alt focar inflamator prezent în organism. (DȘ – 2a)

Factorii predispozanți ai PA sau PC sunt: modul sedentar de viață, dereglarea circulației sanguine la nivelul micului bazin, supărătoarea, activitatea sexuală cu mulți parteneri. Prezența altor comorbidități medicale, a diabetului zaharat, a dereglărilor hormonale, a obezității, a aterosclerozei favorizează dezvoltarea PA sau PC. (8, 9) (DȘ -2a)

C.2.3. Profilaxia prostatiei.

Caseta 4. *Profilaxia prostatiei constă în evitarea surselor posibile de infecție. Sanarea focarelor de infecție din organism. Respectarea modului sănătos de viață, a sportului, educarea sexuală a populației, modificarea stilului de viață în caz de prezență a factorilor de risc, etc... (DȘ – 3)*

C.2.4. Conduita pacientului cu PC.

C. 2. 4.1. Managementul pacientului cu prostatită

Caseta 5. Diagnosticul PA și PC.

Scopul diagnosticului prostatitei acute sau cronice este asigurarea unui diagnostic pozitiv și diferențiat rapid și corect care se bazează pe anumite criterii clinice: Vârsta preponderentă de afectare 20-50 ani. Dereglări micționale, începând cu senzația de arsură la micție, polachiurie diurnă sau nocturnă, imperiozitate micțională, strangurie sau retenție de urină. Febra este specifică doar prostatitei acute, fiind practic absentă în prostatita cronică. Durerea are o localizare diferită, de la suprapubiană, rectală, perineală, testiculară, peniană, postejaculare. Ejaculare precoce. Disfuncția erectilă nu este patognomică, dar poate fi prezentă în condițiile persistenței îndelungate a altor simptome. (DȘ – 2a)

Scopul terapiei prostatitei acute sau prostatiei sau cronice este ameliorarea calității vieții pacientului și prevenirea complicațiilor, inclusiv a urosepsisului, a stricturilor de uretră sau a infertilității masculine.

C.2.5.1. Anamneza

Caseta 6. Întrebările ce trebuie examinate la pacientul cu prostatită.

- Anamneza.
- În PC completarea de către pacient sau la necesitate cu ajutorul medicului a chestionarelor și aprecierea scorului NIH-CPSI, I-PSS. (anexa 1 și 2). (GR - A)
- Modul de apariție, debutul și cauzele apariției simptomatologiei. (GR –C)
- Prezența altor comorbidiții care ar putea influența evoluția maladiei (Diabetul zaharat, hepatita, adenomul de prostata, etc..) (GR –C)
- Modul și gradul de afectare a activității cotidiene. (GR –A)
- Evaluarea simptomatologiei complicațiilor PA sau PC. (GR –A)

C.2.5.2. Examenul clinic.

Caseta 7. Examinarea clinică a pacientului cu PA și PC

Prostatita acută. (GR –A)

- Examenul clinic general. Aprecierea pulsului, tensiunii arteriale, temperaturii corpului.
- Determinarea eventualului glob vezical.
- Determinarea prezenței sau absenței eliminărilor uretrale.
- Tușeul rectal va fi efectuat cu blândețe, se va evita masajul prostatei. Se vor determina eventualele zone de fluctuație.
- Evaluarea semnelor SIRS: febră, frisoane, transpirație, slăbiciune, etc...
- Evaluarea altor organe și sisteme.

Prostatita cronică. (GR –A)

- Datele obiective necesare diagnosticului și monitorizării pacientului cu PC sunt reflectate în chestionarele simptomatologiei prostatice - NIH-CPSI și I-PSS
- Examenul clinic general. Determinarea IMC.
- Tușeul rectal cu recoltarea frotiului prostatei. Se va evita masajul prostatei în caz de prezență a durerii, a zonelor cu duritate crescută, a necooperării pacientului.
- Examinarea altor organe și sisteme și/sau evaluarea maladiilor asociate.

C.2.5.3. Investigații paraclinice.

Caseta 8. Investigațiile în PA* și PC**

- Analiza generală urină*/** (GR –C)
- Hemoleucograma*. (GR –C)
- Examenul microscopic al frotiului prostatei, preferabil colorat** (GR –A)
- Cultura secreției prostatice cu antibiograma**. (GR –A)
- Spermocultura cu antibiograma**. (GR –C)
- Urocultura după masajul prostatei sau urocultura etajată (Proba Stamey)**. (GR –A)
- PCR chlamidii, micoplazme, ureaplazme, trihomonade**. (GR –B)
- Anticopri către chlamidii, micoplazme, ureaplazme**. (GR –C)
- USG abdominala cu urina reziduala*/**. (GR –C)
- TRUSP*/**. (GR –B)
- PSA**. (GR –C)
- Spermograma**. (GR –C)
- Urofluometria**. (GR –C)
- Imunograma**. (GR –C)
- Uretrocistoscopia**. (GR –C)
- Tomografia computerizată a micului bazin**. (GR –C)
- Biopsia prostatei**. (GR –C)

Notă: Nu toate metodele de investigații prezentate mai sus sunt necesare la același pacient. Dacă diagnosticul poate și va fi confirmat print-o metodă mai simplă nu se vor efectua altele mai costisitoare. În același timp este necesar de a confirma sau infirma forma bacteriană sau nonbacteriană a PC prin efectuarea investigațiilor microbiologice. Efectuarea doar a spermoculturii nu este suficientă pentru un diagnostic complet.

Testul PSA nu este efectuat pentru confirmarea diagnosticului de prostatită. PSA este necesar pentru depistarea precoce a unui cancer al prostatei, care poate fi asociat unei prostatite și care va influența selecția corectă a tacticii de tratament. Trebuie de reținut că uneori PSA poate avea valori crescute în caz de prezență a unui proces inflamator în prostată. (12, 23)

C 2.5.4. Interpretarea probei Satmey. (proba cu 4 pahare)

Tabelul 2. Interpretarea Probei Stamey. (Număr leucocite și examinarea microbiologică în 4 pahare).

Tip prostatită	Nr. leucocite (400 X)	Uretra (VB1)	Vezica urinară (VB2)	Secretul prostatei	Urina după masaj prostată(VB3)
I	> 10	+	+	+	+
II	> 10	-	-	+	+
III A	> 10	-	-	-	-
III B	< 10	-	-	-	-
IV	> 10	-	-	+	+

C.2.5.5. Criterii de spitalizare a pacienților cu PA și PC

Caseta 9. Criteriile de spitalizare a pacienților cu PA și PC.

Spitalizarea de urgență se efectuează în caz de PA în secțiile specializate de urologie sau în lipsa acestora la nivel de spital raional în cele de chirurgie. Spitalizarea programată a pacienților cu PC se efectuează în cadrul secțiilor specializate de urologie.

Criteriile de spitalizare sunt:

- Lipsa efectului de la tratamentul ambulator cu/sau apariția complicațiilor în PA.
- Agravarea simptomatologiei cu apariția complicațiilor.
- Forma severă de evoluție.
- Apariția simptomelor noi.
- Dificultăți în controlul simptomelor la domiciliu.
- Necesitatea efectuării unor manevre diagnostice sau terapeutice intervenționale.

- Risc înalt de patologii concomitente, (exp – articulare, sindrom Reyer), sau prezența unor comorbidiții care fac dificil tratamentul la domiciliu (exp – diabetul zaharat).

C.2.5.6. Diagnosticul pozitiv și diferențiat al prostatitei.

Caseta 10. Diagnosticul pozitiv și diferențiat al PA și PC. Criterii de orientare.

Prostatita acută. Prezența simptomatologiei clinice descrise anterior. Confirmarea diagnosticului prin mijloace imagistice sau de laborator. (DȘ – 1a)

Prostatita cronică. Prezența simptomatologiei clinice, confirmată prin scorul pozitiv al chestionarelor NIH-CPSI și I-PSS. Confirmarea tipului de PC prin metode de diagnostic de laborator. (DȘ – 2a)

Uretrita. Prezența peronderent a acuzelor urinare joase, a eliminărilor uretrale, absența durerilor pereneale, testiculare, etc... Absența simptomatologiei la examinarea clinică, imagistică sau de laborator. (DȘ – 3)

Hiperplazia benignă a prostatei (Adenomul de prostată). Prezența simptomatologiei urinare joase. Absența durerii. Confirmare clinică și ecografică. (DȘ – 1a)

Cancerul de prostată. PSA pozitiv. Confirmare clinică, imagistică sau la biopsie. (DȘ – 2a)

Vezica urinară hiperactivă. (Vezica urinară neurogenă). Prezența simptomatologiei urinare joase. Absența durerii. Frotiu prostată negativ. Urofluometrie. (DȘ – 3)

Scleroza colului vezicii urinare. Prezența simptomatologiei urinare joase. Absența durerii. Frotiu negativ. (DȘ – 3)

Litiaza vezicii urinare. Confirmare ecografică. Poate fi asociată unei PA sau PC.

Stricturea uretrei. Prezența simptomatologiei urinare joase, scăderea jetului de urină. Urofluometrie. Poate fi asociată unei PA sau PC. (DȘ – 3)

Paraproctita. Prezența zonelor de fluctuație la tușeul rectal. Debut rar cu simptomatologie urinară sau absența acesteia.

C.2.5.7. Tratamentul prostatitei.

Caseta 11. Principiile de tratament în PA. (categoria I NIH) (2, 4, 10, 14,)

Prostatita acută este o maladie serioasă, asociată cu febră și potențial risc de dezvoltare a urosepsisului și septicemiei, prin urmare tratamentul va fi antibacterian, administrat intravenos, sau intramuscular, instituit empiric din momentul confirmării diagnosticului. Se vor administra antibiote cu spectru larg de acțiune, preferabil bactericide din grupa cefalosporinelor de generația 2 și a 3, aminoglicozide, sau fluorchinolone. Dacă a fost prelevat material (urina, eliminări, etc..) pentru investigații microbiologice, tratamentul antibacterian va fi reevaluat, conform germenilor depistați și antibioticogramei. Tratamentul va continua inclusiv după dispariția simptomelor severe și ameliorarea stării pacientului pe o durată de 2 – 4 săptămâni, fiind posibilă și administrarea enterală a antibioticului. (DȘ – 1a)

În caz de depistare a trihomoniaziei, se va administra Metronidazolul pe o durată minimă de 7-10 zile sau alte preparate antiprotozoice. (DȘ – 2b)

În caz de declanșare a septicemiei pacientul va fi spitalizat în secția de terapie intensivă și tratat conform diagnosticului.

Urmărirea pacientului va fi activă, adeseori necesită spitalizare (vezi criteriile de spitalizare în PA). **C 2 5.5**

Antibiotice și preparate chimioterapeutice:

Sol. Amoxicilinum + acidum clavulanicum 1000 mg de 2 ori pe zi, sau i/m 7-10 zile, *sau*

Cefalosporine: Sol. Ceftriaxonum 1000 mg de 2 ori pe zi, i/v sau i/m, 7-10 zile, *sau*

Sol. Cefuroximum 1000 mg x 3 ori pe zi, i/m, 7 – 10 zile

Fluorchinolone

Sol. Ciprofloxacinum 200mg/100ml de 2 ori pe zi i/v – 3 - 5 zile

Tab. Ciprofloxacinum 500 mg de 2 ori zi, 14-28 zile, *sau*

Tab. Ofloxacinum 400 mg de 2 ori pe zi, 14 - 28 zile, *sau*

Tab. Levofloxacinum 500 mg o dată pe zi, 14 -28 zile, *sau*

Tab. Moxifloxacinum 400 mg o dată pe zi, 14 - 28 zile

Tetraciclina

Tab. Doxiciclină 100 mg de 2 ori pe zi, 14 zile, *sau* Preparate antifungice:

Tab. Fluconazolium 150 mg, 1 tab. la fiecare 3 - 5 zile de tratament antibacterian

Tratamentul chirurgical al prostatitei acute:

În PA, în caz de retenție de urină este necesară drenarea vezicii urinare. Drenarea vezicii urinare se va efectua prin cateterizare de scurtă durată cu un cateter de diametru mic (16- 18Ch). În caz de intoleranță la prezența cateterului sau imposibilitatea cateterizării se va efectua **cistostomia trocară** sau, mai rar, **cistostomia deschisă**. (DȘ – 2a)

În caz de abces a prostatei este necesară **drenarea abcesului** pe cale transuretrală (TURP), transperineală, prin puncție ecoghidată, sau deschisă, suprapubiană. (DȘ – 2b)

Tratamentul complementar al PA.

Pentru a reduce simptomatologia inflamatorie și febra, în PA se vor administra preparate antiinflamatorii nesteroidiene, antialgice. (DȘ – 1a)

Tab. sau Supp. Diclofenacum 100 mg pe zi, 5-10 zile, *sau*

Tab. sau Supp. Meloxicamum 7,5 (15mg) pe zi, 5 – 10 zile, *sau*

Sol. Dexketoprofenum 2,5%, 2 ml, 1 fiolă la fiecare 6-8 ore, 3-5 zile.

Pentru a facilita micțiunea și a reduce riscul retenției acute de urină se vor administra preparate din grupa a-adrenoblocantelor. (DȘ – 2a)

Tab. Tamsulozinum 0,4 mg, 1 dată pe zi, 14 – 28 zile, *sau*

Tab. Doxazosinum 4 mg, 1 dată pe zi, 14 – 28 zile, *sau*

Tab. Alfuzosinum 10 mg, 1 dată pe zi, 14 – 28 zile.

Caseta 12. Principiile de tratament în PC, categoria II NIH. (2, 4, 10, 14,15, 19,21)

Prostatita cronică bacteriană, categoria II HIN, va beneficia în primul rând de terapie antimicrobiană de durată conform antibiogramii. Deoarece au un spectru larg de acțiune și o penetrabilitate bună în țesutul prostatic, preparatele antimicrobiene de elecție vor fi cele din grupa fluorochinolonei, administrate enterale. Durata tratamentului va fi de minim 4 săptămâni. Există studii care recomandă a prelungi această durată până la 6 săptămâni. Pot fi utilizate și alte preparate antibacteriene conform tipului de germeni și antibiogramii, respectându-se durata totală a tratamentului. (DȘ – 1a)

Fluorochinolone:

Tab. Ciprofloxacinum 500 mg de 2 ori zi, 28 zile, *sau*

Tab. Ofloxacinum 400 mg de 2 ori pe zi, 28 zile, *sau*

Tab. Levofloxacinum 500 mg o dată pe zi, 28 zile, sau în dependență de masa corporală 750 mg, o dată pe zi *sau*

Tab. Moxifloxacinum 400 mg o dată pe zi, 21 - 28 zile.

Avantajele fluorochinolonei: farmacocinetică favorabilă, penetrare excelentă în prostată, biodisponibilitate bună, activitate bună față de infecțiile specifice și pseudomonas.

Dezavantajele fluorochinolonei : interacțiuni medicamentoase multiple, fototoxicitate, efecte adverse centrale.

Macrolide

Tab. Jozamicinum 500 mg de 3 ori zi, 14 - 21 zile, *sau*

Tab. Claritromicinum 500 mg de 2 ori zi, 14 - 21 zile, *sau*

Tab. Roxitromicinum 200 mg de 2 ori zi, 14 - 21 zile, *sau*

Tab. Azitromicinum 500 mg de 2 ori zi, 3 zile sau 1000 mg în priză unică, timp de 3 - 5 zile.

Avantajele macrolidelor: activitate bună față de bacteriile gram pozitive, active față de chlamydii, mycoplasme, ureaplasme, penetrare bună în prostată, relativ nu foarte toxice.

Dezavantajele macrolidelor: risc de apariție a rezistenței încrucișate, eficacitatea nu a fost demonstrată pe studii clinice pentru germenii gram negativi.

Tetraciclina

Tab. Doxiciclinum 100 mg de 2 ori pe zi, 14 - 21 zile.

Avantajele tetraciclinelor: ieftine, active față de Chlamydii și Mycoplasme.

Dezavatajele teraciclinelor: nu sunt active față de Pseudomonas aerogenosa, contraindicate în caz de afectare a funcției renale, risc de fotosensibilizare.

Sulfanilamide

Tab. Cotrimoxazol (Biseptol) 480 mg 2 tab. de 2 ori zi, 14 - 28 zile

Preparate antifungice: (DȘ – 4)

Tab. Fluconazol 150 mg, 1 tab. la fiecare 3 - 5 zile de tratament antibacterian.

Administrarea intraprostatică de antibiotice:

Nu au fost efectuate studii clinice despre eficacitatea administrării intraprostatice a antibioticelor. Majoritatea specialiștilor nu recomandă acest tratament. Se consideră că tratamentul antibacterian cu administrare orală pentru timp îndelungat este suficient pentru eradicarea infecției din prostată.

Terapia complimentară a PC tip II NIH.

Deoarece PC are o etiopatogenie multifactorială este necesar de a acționa asupra tuturor factorilor etiopatogenici.

Adminstrarea concomitentă a de a-adrenoblocatori este necesară pentru a facilita micțiunea și a reduce riscul de apariție a recidivelor. (DȘ –1b)

Se vor administra:

Tab. Tamsulozinum 0,4 mg, 1 dată pe zi, cel puțin 28 zile, sau

Tab. Doxazosinum 4 mg, 1 dată pe zi, cel puțin 28 zile, sau

Tab. Alfuzosinum 10 mg, 1 dată pe zi, cel puțin 28 zile.

Pentru a reduce inflamația și sindromul algic, în special la inițierea tratamentului se pot administra preparate antiinflamatorii nesteroidiene. (DȘ – 2a)

Tab. sau Supp. Diclofenacum 100 mg pe zi, 5-10 zile, sau

Tab. sau Supp. Meloxicamum 7,5 (15mg) pe zi, 5 – 10 zile

În mai multe recomandări clinice, precum și în baza experienței clinicii de Urologie a USMF „Nicolae Testemițanu” un rol important în tratamentul complex al PC tip II sau III NIH o are administrarea locală sub formă de supozitoare a preparatelor organotrope locale.

Peptide bioregulatorie, inclusiv pentru tratament organotrop local (DȘ – 3, GR – C)

Supp. Adenoprosinum 250mg, 1 pe zi, per rectum, 20 – 30 zile, sau

Supp. Prostatilen 30 mg, 1 pe zi, per rectum, 10 zile, sau

Supp. Vitaprost(extractum prostatae) 100mg, 1 pe zi, per rectum, 10-20 zile.

Deoarece factorul etiologic principal incriminat în declanșarea simptomelor PC tip II, este cel bacterian, utilizarea corectă a preparatelor antibacteriene adeseori este suficientă pentru ameliorarea sau dispariția completă a simptomatologiei. În cazuri opționale, refractere la tratamentul de I linie se pot asocia și alte medicamente sau recurge la alte metode de tratament. (DȘ – 2a)

Antidepresante și tranchilizante: *Opțional. La necesitate se va apela la cosultul medicului neurolog.*

Tab. Amitriptilinum 25 mg, 1 tab., seara, 15 - 30 zile, sau

Tab. Alprazolamum 25 mg, 1 tab., seara, 15 - 30 zile, sau

Tab. Diazepamum 5 -10 mg, 1 tab. seara, 10 – 20 zile.

Antiagregante și anticoagulante: opțional (DȘ – 3)

Tab. Acid acetilsalicilicum 75 mg, 1 dată/zi, 1 lună, sau

Tab. Pentoxifilinum 100 mg, de 3 ori pe zi, 1 luna

Fitopreparate (DȘ – 3)

Pigeum africanum, Serenoa repens, Cernilton, Oleum cucurbitae pero, etc.. - de la 21-28 zile Vitamine și minerale (DȘ – 3) se vor administra preparate care conțin vitamina E de la 100 la 400 mg zilnic, 30 zile, sau Zinc 15 mg zilnic, 30 zile.

Fizioproceduri, acupunctură, exerciții fizice, tratament sanatorial (caseta 14) (DȘ – 4)

Tratamentul chirurgical al prostatitei cronice (caseta 15) (DȘ – 3)

Tratamentul PC tip III NIH

Caseta 13. Tratamentul PC tip III NIH (6, 10, 12, 16, 19, 21)

Manifestările clinice subiective în PC tip III, pot fi similare cu cele din PC tip II, dar factorii declanșatori și favorizanți vor fi diferiți. Corespunzător și tratamentul se va deosebi și va fi mai mult individualizat.

Terapia antibacteriană.

În PC tip IIIA, inflamatorie, tratamentul de primă linie va fi cel antibacterian, empiric, dacă pacientul este la prima adresare și nu a mai urmat preparate antibacteriene și nu există posibilitatea efectuării examinărilor microbiologice complexe, sau conform germenilor depistați (adeseori chlamydia, mycoplasma, ureaplasma, trihomonada etc...). Modul de administrare a antibioticelor și durata tratamentului vor fi similare cu PC tip II. (**caseta 11**) (DȘ – 2b)

În PC tip IIIB, tratamentul antibacterian de rutină nu este recomandat, în special dacă pacientul în antecedente a mai urmat tratamente antibacteriene de durată, fără efect clinic.

Tratamentul PC tip III va fi în mod obligatoriu complex, cu utilizarea medicamentelor din diferite grupe farmaceutice și a terapiilor complementare.

Alfa blocatorii nu vor fi recomandați de rutină, dar vor fi administrați pacienților cu dereglări micționale (**caseta 11**). (DȘ – 2a)

Tratamentul topic local. Se va administra sub forma de supozitoare rectale care vor conține preparate antiinflamatorii, sau pentide bioreglatoare. (**Caseta 11**) (DȘ – 3)

Fitoterapia are un potențial mai mare în tratamentul PC tip III, comparativ cu tipul II. Se vor utiliza preparate ce conțin *Pigeum africanum*, sau *Serenoa repens*, sau extract de polen, sau *Oleum cucurbitae pero*, etc.. Administrarea fitopreparatelor va pentru o perioadă îndelungată de cel puțin 1-2 luni. (DȘ – 2b)

Inhibitori de 5 alfa reductază: Nu se recomandă ca medicamente de primă linie, dar pot avea potențial curativ la unii pacienți cu simptomatologie gravă, care au un eventual adenom de prostată acosiat. (DȘ – 2b)

Tab. Finasteridum 5 mg, 1 dată zi – 3 luni și ai mult. (**Atenție: - inhibă libidoul, se va administra cu precauție la tineri**)

Antidepresante și tranchilizante: Vor fi utilizate la pacienții cu anxietate, preferabil după sau concomitent cu o consiliere psihologică. La necesitate se va apela și la consultul medicului neurolog. (DȘ – 2b)

Tab. Amitriptilinum 25 mg, 1 tab., seara, 15 - 30 zile, sau

Tab. Alprazolamum 25 mg, 1 tab., seara, 15 - 30 zile, sau

Tab. Diazepamum 5 -10 mg, 1 tab. seara, 10 – 20 zile, sau

Tab. Paroxetinum 10 mg, 1 tab. seara, 1 lună și mai mult, conform recomandărilor

specialistului de profil neurologic, psihologie.

Vitamine și minerale . (DȘ – 4)

Se vor administra preparate care conțin vitamina E de la 100 la 400 mg zilnic, 30 zile, sau Zinc 15 mg zilnic, 30 zile.

Alte medicamente. În cazuri opționale, refractere la terapia de rutină pot fi utilizate preparate antiagregante, imunomodulatoare, enzime, care sunt recomandate în unele studii clinice, dar acțiunea cărora nu a fost demonstrată pe trialuri științifice mari. (DȘ –4)

Fizioproceduri, acupunctură, exerciții fizice, tratament sanatorial (**caseta14**) (DȘ – 4)

Tratamentul chirurgical (**caseta15**) (DȘ – 3)

Tratamentul PC prin fizioterapie.

Caseta 14. Fizioproceduri, acupunctură, exerciții fizice, masaj. (10, 11, 13, 18, 20)

Metodele fizioterapeutice în tratamentul PC tip II sau III sunt recomandate pentru tratamentul complex în mai multe studii. Se pot utiliza:

Aplicații cu parafină pe regiunea perineală; Ampipuls; Lazeromagnetoterapie; Acupunctură sau electroacupunctură; Gimnastică curativă, etc..

Totuși nu există dovezi ale studiilor multicentrice placebo controlate despre beneficiile fiziprocedurilor la pacienții cu PC. Prin urmare vor fi aplicate opțional, în situații refractere la tratamentul de primă linie și obligatoriu în absența contraindicațiilor către atare metodă de

tratament. (DȘ – 4, GR - C)

Masajul prostatei este o metodă terapeutică, care a fost folosită pe scară largă în secolul XX, fiind recomandată în mod special de către școala urologică a Uniunii Sovietice, nefiind recunoscută de cea europeană. La ora actuală masajul prostatei are indicații limitate și restrânse, fiind utilizat în situațiile când drenarea prostatei nu este adecvată, în absența activității sexuale, și când doar terapia medicamentoasă nu este eficientă. Procedul se va efectua de 2-3 ori pe săptămână, cu un număr maxim de cel mult 8-10 proceduri. (DȘ – 4, GR - C)

Contraindicații către masajul prostatei.

Proces inflamator acut în prostată.

Prezența concremențelor sau a calcinatelor în prostată, inclusiv a zonelor de fibroză care nu vor permite drenarea adecvată a lichidului prostatic.

Cancerul de prostată.

Hiperplazia benignă a prostatei.

Absența acordului pacientului către procedură.

Alte opțiuni terapeutice:

Există date despre efectul benefic al aplicării energiei extracorporeale (ESWT) asupra țesutului prostatic, după aceleași principii ca și în urolitiază. Termoterapia cu unde scurte (TUMP) este utilizată în tratamentul PC tip IIIB. Metodele sunt în fază de experiment, nu sunt contraindicate, dar nici recomandate utilizării pe scară largă. (DȘ – 4, GR - C)

Tratamentul chirurgical al PC

Caseta 15. *Tratamentul chirurgical al PC. (10, 12, 22)*

Un număr restrins de pacienți vor necesita tratament chirurgical în PC. Pot fi utilizate dilatațiile prostatice cu balon sau NeodoiumYag Laserul. În literatura de specialitate sunt descrise rezultate pozitive după efectuarea rezecției transuretrale a prostatei, **TURP** la pacienții cu PC și sindrom dureros sau disconfort sever. Totuși intervenția este recomandată în mod excepțional, doar după epuizarea altor metode de tratament. (DȘ – 3, GR - B)

Tratamentul prostatiei cronice asimptomatice, tip IV NIH.

Caseta 16. *Tratamentul PC tip IV.(9, 10)*

Prostatita asimptomatică nu are manifestări clinice. Simpla prezență a leucocitelor sau a bacteriilor în secreția prostatei nu impune tratament. Totuși terapia antibacteriană, de durată, preferabil conform antibiogramei, va fi indicată la pacienții cu infertilitate, nivel crescut de PSA, sau la cei care necesită biopsie a prostatei. (DȘ – 2b)

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal:
	Dispozitive medicale și consumabile:
	Medicamente:
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice	Personal:
	Dispozitive medicale și consumabile:
	Medicamente:
D.3. Secțiile de profil general ale spitalelor raionale, municipale	Personal:
	Dispozitive medicale și consumabile:
	Medicamente:
D.4. Centrul sau clinici specializate	Personal:
	Dispozitive medicale și consumabile:
	Medicamente:

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori proporția persoanelor din grupul de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei prostatei care beneficiază de tratament sau profilaxie	1.1. Proporția persoanelor/pacienților cu factori de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei prostatice cărora li s-a administrat tratamentul.	Numărul persoanelor/pacienților cu factori de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei prostatice cărora li s-a administrat tratamentul	Numărul total de persoane/pacienți cu factori de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei prostatice care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
2.	A îmbunătăți diagnosticarea pacienților cu simptomatologie prostatică	2.1. Proporția persoanelor/pacienților din grupul de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei prostatice conform recomandărilor PCN pe parcursul unui an.	Numărul persoanelor/pacienților din grupul de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei prostatice cărora li sa efectuat screening-ul conform recomandărilor	Numărul total de persoane/pacienți din grupul de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei prostatice, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
3.	A îmbunătăți tratamentul pacienților cu simptomatologie prostatică	3.1. Proporția pacienților cu simptomatologie prostatice la care sa efectuat tratamentul cu preparate SPECIFICE.	Numărul pacienților cu simptomatologie prostatică la care sa efectuat tratamentul cu preparate specifice	Numărul total de pacienți cu simptomatologie prostatică supuși tratamentului de către medicul de familie pe parcursul ultimului an
4	A micșora frecvența de apariție a simptomatologiei prostatice	4.1 . Proporția pacienților cu simptomatologiei prostatice, la care persistă cauza și li sa administrat tratamentul	Numărul pacienților cu simptomatologie prostatică, la care persistă cauza și cărora li sa administrat tratamentul	Numărul total de pacienți cu simptomatologie prostatică, la care persistă cauza și au fost supravegheați de către medicul de familie pe parcursul ultimului an.

Anexa 1. Indexul Simptomatologiei Prostatitei Cronice

Conform NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH CHRONIC PROSTATITIS SYMPTOM INDEX (NIH-CPSI), USA, 1995.

Compartimentul I. Durere sau discomfort.											
1. In ultima saptamina ați avut durere sau discomfort în urmatoarele regiuni ?										Da	Nu
1a. Perineală										1	0
1b. Testicole										1	0
1c. Gland penian în afara actului de micțiune										1	0
1d. Regiunea pubiana, suprapubiana sau inghinală										1	0
2. In ultima saptamâna ați avut?										Da	Nu
2a. Durere sau usturimi în timpul micțiunii?										1	0
2b. Durere sau discomfort in timpul sau postejaculare (orgasm)?										1	0
3. Cât de frecvent remarcați acuzele din punctul I											
Niciodata										0	
Rar										1	
Uneori										2	
Frecvent										3	
Aproape întotdeauna										4	
Permanent										5	
4. Cărei cifre corespunde intensitatea durerilor avute în ultima săptămână?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nu am avut Durere										Durere puternică	
Punctaj total											

Compartimentul II. Micțiunea.										
5. Cât de frecvent în ultima săptămână ați avut senzația de goplire incompletă a vezicii urinare?										
Niciodată										0
Mai puțin de 1 din 5										1
Mai puțin de 50% din cazuri										2
Circa 1 din 2										3
Peste 50% din cazuri										4
Aproape permanent										5
6. Cât de frecvent în ultima săptămână ați urinat peste fiecare 2 ore sau mai puțin?										
Niciodată										0
Mai puțin de 1 din 5										1
Mai puțin de 50% din cazuri										2
Circa 1 din 2										3
Peste 50% din cazuri										4
Aproape permanent										5
Punctaj total										

Compartimentul III. Acțiunea asupra activității cotidiene.										
7. Cât de frecvent în ultima săptămână simptomele bolii au influențat asupra activității cotidiene (serviciu, domiciliu, odihnă, etc..)?										
Niciodată										0
Puțin										1
Moderat										2
Foarte mult										3
8. Cât de frecvent in ultima săptămână V-ați gândit la maladie si la simptomele care le provoacă?										
Niciodată										0
Rar										1
Moderat										2
Foarte mult										3
Punctaj total										

Compartimentul IV. Calitatea vieții.										
9. Cum v-ați simți dacă restul vieții ați avea acuzele și starea prezentă?										
Minunat										0
Satisfacut										1
Mai mult satisfacut										2
Moderat satisfacător										3
Mai mult nemulțumit										4
Rau										5

Groaznic	6
Puctajul compartimentelor	
Durere	
Micțiune	
Acțiunea asupra activității cotidiene	
Calitatea vieții.	
Total	
Simptomatologie neînsemnată = 0-9, Moderată = 10-18 Gravă = 19-31.	

Anexa Nr 2. Scorul internațional al simptomelor prostatice IPSS.

	Deloc	Mai puțin de 1 dată din 5	Mai puțin de ½ din timp	Aprox. ½ din timp	Mai mult de ½ din timp	Aaproape întotdeauna	
1. În ultima lună, cât de des ați avut senzația că nu ați golit complet vezica, după ce ați terminat de urinat ?	0	1	2	3	4	5	
2. În ultima lună, cât de des a trebuit să urinați din nou, la mai puțin de două ore de la ultima urinare ?	0	1	2	3	4	5	
3. În ultima lună, cât de des s-a întâmplat, ca în timp ce urinați să se oprească jetul, pentru ca apoi să se reia ?	0	1	2	3	4	5	
4. În ultima lună, cât de des vi s-a părut dificil să amânați urinatul ?	0	1	2	3	4	5	
5. În ultima lună, cât de des ați avut un jet urinar slab ?	0	1	2	3	4	5	
6. În ultima lună, cât de des a trebuit să împingeți sau să forțați începutul urinatului ?	0	1	2	3	4	5	
	deloc	1 dată	de 2 ori	de 3 ori	de 4 ori	de 5 sau mai multe ori	
6. În ultima lună, de câte ori v-ați trezit să urinați noaptea ?	0	1	2	3	4	5	
Scorul total I – PSS =							
Calitatea vieții datorată simptomelor urinare(QOL)							
1. Dacă ar fi să vă petreceți tot restul vieții în situația actuală (urinară), cum v-ați simți ?	încântat	satisfăcut	mai mult satisfăcut	satisfăcut și nesatisfăcut în egală măsură	mai mult nesatisfăcut	nefericit	îngrozit
	0	1	2	3	4	5	6
Index de evaluare a calității vieții QOL =							

Aprecierea gradului de severitate a simptomelor prostatice.

1. Ușor: IPSS 0 – 7. QoL – 0 -2.
2. Mediu: IPSS 8 – 19 QoL – 3 – 4.
3. Sever: IPSS 20 – 35 QoL – 4 – 6.

Anexa 3: Ghidul pacientului cu Prostatită Acută sau Cronică.

Cuprins

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Diagnosticul prostatitei

Tratamentul prostatitei

Introducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu prostatită acută sau cronică în cadrul sistemului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu prostatită acută sau cronică. Ghidul poate fi util și pentru familiile acestora și pentru cei care doresc să afle mai multe despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de conduită și tratament care trebuie să fie disponibile în Sistemul de Sănătate.

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- ✓ modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană are simptomele prostatitei
- ✓ modul în care cauzele simptomelor prostatitei pot influența mai departe evoluția bolii.
- ✓ prescrierea medicamentelor pentru tratamentul prostatitei acute sau cronice.
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu prostatită acută sau cronică.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în deplin volum. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea Dvs. Cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Ce trebuie să cunoaștem despre prostată?

Prostata este o glandă situată în spațiul subvezical, în jurul porțiunii inițiale a uretrei. La bărbatul adult are circa 3 cm în sens vertical, 3,5 cm transversal, 2,5 cm sagital, o greutate de 20-25 grame și este comparată cu o castană ușor turtită antero-posterior. Secretul prostatei este bogat în fosfataze acide, acid citric, zinc, enzime și are un rol important pentru fluidificarea ejaculatului și motilitatea spermatozoizilor. În același timp prostata este un organ hormonal și hormonodependent, unde testosteronul produs de către testicule se transformă în metabolitul său mult mai activ dihidrotestosteronul.

Ce este prostatita? Prostatita se caracterizează prin inflamația acută sau cronică a prostatei. Inflamația acută este cauzată în marea majoritate a cazurilor de o infecție, care a pătruns în organ pe cale ascendentă, prin uretră sau hematogen din alt focar de infecție prezent în organism. Prostatita cronică poate fi atât infecțioasă cât și nebacteriană, în acest ultim caz vorbim despre o prostatodinie sau sindrom cronic dureros pelvin.

Diagnosticul prostatitei. Diagnosticul prostatitei pare ușor la prima vedere, dar nici pe departe nu este simplu de efectuat. *Prostatita acută* va debuta cu

febră, adeseori frisoane, dureri în perineu, vezica urinară, testicule, dereglări micționale, iar uneroi chiar retenție de urină. *Prostatita cronică* are un debut și manifestare mai puțin zgomotoasă și poate masca sau mima evoluția a cel puțin 20 de maladii sau sindroame. Se va manifesta prin durere sau discomfort perineal, în vezica urinară sau testicule, senzație de arsură la urinare, urinări frecvente, chemări false la urinare, ejaculare precoce. Dacă simptomele persistă mai mult timp, uneori în absența tratamentului sau chiar în timpul sau după tratament se poate asocia și o disfuncție erectilă, care însă nu este specifică pentru o prostatită cronică și în mod special ca prim semnal. Vârsta preponderentă de afectare este de 20-50 de ani, cu o medie de 43 ani. Examinarea standard a pacientului este valabilă în prostatita acută și mai rar în cea cronică. În prostatita cronică se recomandă de utilizat cu scop de diagnostic un chestionar special elaborat CPSI-NIH (Indexl simptomelor prostatiei cronice). În chestionar pacientul singur apreciază durerea sau discomfortul, micțiunea, influența simptomatologiei asupra activității cotidiene și a calității vieții. Intensitatea simptomatologiei și gravitatea maladii se apreciază în puncte, unde:

- 0 – 9 puncte –simptomatologie neînsemnată, forma usoară;
- 10 – 18 puncte – simptomatologie moderată, forma medie,
- 18 -31 și mai mult – simptomatologie severă, forma gravă.

După completarea chestionarului și când medicul are deja primă informație despre maladie este necesară examinarea clinică, care va include în mod obligator tușeul rectal cu efectuarea și examinarea frotiului prostatei. Însă doar frotiul prostatei nu este suficient pentru un diagnostic complet. Pentru a determina tipul sau categoria prostatitei, bacteriană sau nebacteriană este necesar de efectuat examinarea microbiologică a secreției prostatei, iar dacă aceasta este imposibil de efectuat, a urinei după masajul prostatei sau a spermoculturii. Deoarece prostatita nebacteriană poate fi cauzată de alte microorganisme, adeseori este necesar de a confirma sau a exclude prezența chlamydiilor, mycolasmelor, sau altor germeni cu transmitere sexuală, etc... Aceasta se va realiza prin metode mai sofisticate, și mai costisitoare, de exemplu prin determinarea ADN-ului. O altă metodă diagnostică care va permite de a vizualiza prostata și caracteristicile ei morfologice, prezența unor concremente, a zonelor de fibroză, a unor eventuale chisturi, sau a unui nodul adenomatos este ecografia. Ecografia poate fi realizată pe cale abdominală, dar preferabil transrectală. Alte investigații pot fi efectuate opțional la indicația medicului D-voastră și în primul rând cu scop de diagnostic diferenciat sau a altor maladii asociate. Astfel determinarea PSA (antigenul prostatic specific) nu este obligatorie, în specail la pacienții tineri, însă va furniza informații importante despre o eventuală prezență a cancerului de prostată la pacientul trecut de vârsta de 50 ani. Trebuie știut că în procesele cronice ale prostatei valoarea PSA poate fi crescută, cu tendințe de scădere după instituirea tratamentului antibacterian. Opțional se va efectua urofluometria sau aprecierea satutului imunologic cu imunograma.

Tratamentul prostatitei. Tratamentul prostatitei acute trebuie instituit de urgență și va fi antibacterian masiv. Se vor administra antibiotice cu spectru larg de acțiune, intravenos s sau intramuscular. Adeseori către momentul diagnosticului sunt deja prezente unele complicații ale prostatiei acute, precum retenția de urină, sau chiar starea septică, care necesită spitalizare în secțiile specializate.

Tratamentul prostatitei cronice la ora actuală nu este pe deplin elucidat. Nu există scheme unice de tratament. Sunt doar recomandări, care necesită a fi respectate în cadrul unui tratament individualizat. Rolul principal în tratamentul prostatitei cronice revine terapiei antimicrobiene. Orice terapie antimicrobiană în prostatita cronică va fi indicată doar după efectuarea investigațiilor microbiologice, stabilirea tiplui de prostatită și a agentului patogen. Folosirea neîntemeiată a antibioticelor crește riscul disbacteriozei și dezvoltării prostatitei micotice. Durata tratamentului antibacterian va fi de minim 28 zile.

Tratamentul antibacterian nu întotdeauna e suficient pentru suprimarea procesului inflamator din prostată și stabilirea unei remisii îndelungate. Modificările anatomice, dereglările, hormonale, congestia sanguină, refluxul urinar, procesele autoimune sunt factori menținere a inflamației prostatei. Din această cauză adeseori în prostatita cronică este necesar de a efectua un tratament complex, etiopatogenetic. Tratamentul patogenetic va fi efectuat concomitent cu antibioticoterapia și are următoarele sarcini: restabilirea circulației sanguine în prostata și bazinul mic; reducerea riscului de reflux intraprostatic, stabilizarea statului imun. În scopul menținerii unui flux urinar adecvat se vor utiliza preparate a – adrenoblocante. Cu scop antiinflamator se vor utiliza preparate antiinflamatorii nesteroidiene, administrate sub formă de supozitoare rectale. De asemenea sub formă de supozitoare pot fi administrate preparate din grupa biopeptidelor sau entomologice. Fitoterapia are un rol complimentar, dar adeseori destul de relevant în tratamentul complex al prostatitei. Se pot utiliza preparate care conțin extracte de *serenoa repens*, *curucbita pepo* (ulei de dovleac), pollen, etc... Uneori sunt recomandate proceduri fizioterapeutice. **Masajul prostatei** este o metodă terapeutică, folosită pe larg în secolul XX, fiind recomandată în mod special de către școala urologică a Uniunii Sovietice, nefiind recunoscută de cea europeană. La ora actuală masajul prostatei are indicații foarte restrânse, fiind utilizat în situațiile când drenarea prostatei nu este adecvată, în absența activității sexuale, și când doar terapia medicamentoasă nu este eficientă. Decizia de efectua sau nu masajul prostatei se va lua în mod individual, având în vedere absența contraindicațiilor și doar cu acordul pacientului către atare procedură.

Este necesar de știut că indiferent de tipul de tratament aplicat și durata sa, dispariția completă a simptomatologiei sau eradicarea maladiei nu este de 100%. Adeseori îndeosbi la prezența în continuare a factorilor de risc, sau a netratării concomitente a partenerului, în situațiile când prostatita a fost provocată de germeni cu transmitere sexuală, simptomatologia prostatitei cronice se va menține.

Autotratamentul sau tratamentul conform unor scheme neincluse în protocoalele clinice, de cele mai multe ori va agrava maladia sau va duce la dezvoltarea și apariția mai rapidă a unor complicații notorii ale prostatitei cronice, precum infertilitatea masculină, disfuncții sexuale, în primul rând ejacularea precoce, iar pe termen lung chiar a cancerului de prostată.

Anexa 4. Formular pentru obținerea de acord al pacientului. (Model)

F.N.P
Adresa
Persoana și telefonul de contact
Nr. poliței de asigurare
Nr. buletinului de identitate
Vârsta / sexul / invaliditatea
<p>Acord privind aplicarea măsurilor diagnostice și terapeutice sau a intervenției chirurgicale.</p> <p>1. Autorizez medicul curant și medicii din instituția medicală să execute asupra mea procedurile diagnostice și de tratament medical sau chirurgical, considerate necesare.</p> <p>2. Am fost informat privind etiologia, patogeneza, evoluția, prognosticul și complicațiile posibile ale prostatitei acute, precum retenția acută de urină, absecul prostatei, starea febrilă sau urosepsisul. A prostatitei cronice – inferilitatea masculină, strictura de urtera, scleroza colului vezicii urinare, cu specificarea particularităților concrete în cazul meu, necesitatea aplicării măsurilor diagnostice și de tratament la fiecare etapă de acordare a ajutorului medical. Am primit răspuns la întrebările adresate.</p> <p>3. Am fost informat despre natura și scopul procedurilor diagnostice și terapeutice; beneficiile și prejudiciile posibile, complicațiile și riscurile posibile ale fiecărei metode sau efectele adverse ale tratamentului medicamentos. Mi s-a răspuns la întrebările adresate.</p> <p>4. Sunt conștient că, în decursul diagnosticului, a manevrelor intervenționale sau al actului terapeutic pot apărea situații imprevizibile, care necesită proceduri diferite de cele preconizate. Consimt efectuarea intervențiilor și procedurilor diagnostice și terapeutice, pe care medicii le consideră necesare.</p> <p>5. Sunt conștient de beneficiile și de riscurile măsurilor diagnostice, terapeutice, sau chirurgicale, le accept fără a solicita asigurări suplimentare în privința rezultatelor.</p> <p>8. Confirm că am citit și am înțeles în întregime textul.</p>

**Anexa 5. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru
Prostatita acută și cronică**

	Domeniul Prompt	Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3.	Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
4.	Mediul de reședință	0=urban; 1=rural; 9=nu știu.
5.	Vîrsta pacientului	
6.	Numele medicului curant	
EVIDENȚA DISPANSERICĂ		
7.	Data stabilirii diagnozei	Data (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscut = 9
8.	Data luării la evidența dispanserică	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00) sau necunoscut = 9
9.	Anamneza	a fost efectuat: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
10.	Supravegherea pacientului	anual = 1; de două ori pe an = 2; necunoscut = 9
11.	DIAGNOSTICUL	
12.	Investigații paraclinice obligatorii	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu știu = 9 frotioprostată = 2; urocultură = 3; urocultura etajată (proba Stamei) = 4; analize urinei = 5; hemoleucograma = 6
13.	Investigații paraclinice indicate de către specialist	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
14.	Complicații	nu = 0; da = 1; retenție acută de urină = 2; sepsis = 3; alte complicații = 4
15.	ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR	
16.	Modul în care a fost diagnosticat pacientul	screening = 1; adresare directă = 2; de alți specialiști = 3
17.	Maladii concomitente	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
18.	TRATAMENTUL	
19.	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP = 1; Secția consultativă = 2; Spital = 3; Instituție medicală privată = 4; nu se cunoaște = 5
20.	Când a fost inițiat tratamentul	Data (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscută = 9; pacientul a refuzat tratamentul = 8
21.	Terapie medicamentoasă	Antibiotice = 1; antiinflamatorii nesteroidiene = 2; alfablocante = 3; alte grupe de medicamente = 4
22.	Tratamentul maladiilor concomitente	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; nu știu = 9
23.	Efecte adverse înregistrate	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
24.	INTERNAREA ÎN STAȚIONAR	
25.	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical staționar	AMP = 1; AMU = 2; Secția consultativă = 3; Spital = 4; Instituție medicală privată = 5; nu se cunoaște = 9
26.	Data și ora internării în spital	Data (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscut = 9
27.	Durata internării în spital	număr de zile
28.	Tratament chirurgical	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9; drenarea abces prostată = 2; cistostomă = 3; alte intervenții = 4
29.	Referire la specialiști	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; nu se știe = 9; cardiolog = 2; endocrinolog = 4; neuropatolog = 6; psiholog = 7; alți specialist = 8
30.	Consilierea pacientului	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
31.	Rezultatele tratamentului	tratat = 1; ameliorare = 2; fara schimbări = 3; progresare = 4; nu se știe = 9; deces = 5
32.	Respectarea criteriilor de externare și de transfer	nu = 0; da = 1; nu știu = 9 dispariția semnelor de inflamație locală și generală = 2; agravarea evoluție unor maladii = 3; dezvoltarea complicațiilor purulente = 4 dezvoltarea șocului = 5
33.	Data externării/transferului sau decesului	Data externării/transferului (ZZ: LL: AAAA)

		sau necunoscută = 9
34.	Data scoaterii de la evidență dispanserică	Data scoaterii de la evidență dipaserică (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscută = 9
35.		Data decesului (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscută = 9

BIBLIOGRAFIE

1. Axel S. Merseburger, Marcus A.Kuczyk. Urology at a Glance. Springer. 2014. p. 245-249.
2. DUMBRĂVEANU I. Aspecte contemporane de diagnostic și tratament a prostatiei cronice. Arta Medica. 2011, nr.2 (45), 38-41.
3. F.M. Wagenlehner, J.W. Van Till, V. Magri, et al. National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) symptom evaluation in multinational cohorts of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Eur Urol. 2013;63:953-959.
4. F.M. Wagenlehner, H. Schneider, M. Ludwig, J. Schnitker, E. Braehler, W. Weidner. A pollen extract (Cernilton) in patients with inflammatory chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome: a multicentre, randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. Eur Urol. 2009;56:544-551.
5. Giuseppe Magistro, FlorianME Wagehlehner, Magnusgrabe, and all Contemporary Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. European Urology, Volume 69 Issue 2, 2016, p. 286-297
6. J.C. Nickel, J. Downey, M.A. Pontari, D.A. Shoskes, S.I. Zeitlin. A randomized placebo-controlled multicentre study to evaluate the safety and efficacy of finasteride for male chronic pelvic pain syndrome (category IIIA chronic nonbacterial prostatitis). BJU Int. 2004;93:991-995.
7. Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. JAMA 1999 Jul;282(3):236-7.
8. Krieger JN, LeeSW, Jeon L, CheahPZ and all Epidemiology of prostatitis. Int J Antimicrob Agents. 2008;31(Suppl 1):S85-S90
9. Naber KG, Bishop MC, Bjerklund-Johansen ant all Prostatitis and chronic pelvic pain syndrome. EAU Guidelines. 2006 edition.p89-97.
10. Nickel J Curtis. Prostatitis. CUA Guidline. Can. Urol Assoc J. 2011. 5 (5)306 -15.
11. R. Zimmermann, A. Cumpanas, F. Miclea, G. Janetschek. Extracorporeal shock wave therapy for the treatment of chronic pelvic pain syndrome in males: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. Eur Urol. 2009;56:418-424
12. Schaeffer AJ, Weidner W, Barbalias GA. Summary Consensus Statement: Diagnosis and Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. Eur Urol 2003;(Suppl. 2):1-4.
13. T.M. Kessler, L. Mordasini, C. Weisstanner, et al. Sono-electro-magnetic therapy for treating chronic pelvic pain syndrome in men: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. PLoS One. 2014;9:e113368
14. Yacov Reisman. BPH, LUTS and CP/CPPS. The ESSM Syllabus of Sexual Medicine.Editors H.Porst. Amsterdam 2012. 798-816.
15. Weidner W, Schiefer HG, Krauss H, et al. Chronic prostatitis: a thorough search for etiologically involved microorganisms in 1,461 patients. Infection 2001;19 Suppl 3:S119-25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2055646>
16. Аль-Шукри С. Х., Солихов Д. Н. Современные методы лечения хронического простатита (обзор литературы). Нефрология, 2009, Том 13, No 2,ст. 86-91. ISSN 1561-6274.
17. А. И. Неймарк, Б. А. Неймарк, Н. А. Ноздрачев. возможности использования комплексных препаратов в лечении больных хроническим абактериальным простатитом. Урология, 2014, No 6, 15-18.

18. Бойченко А. Н. физические факторы в комплексной восстановительной терапии больных хроническим простатитом. Автореферат диссертации кмн Пятигорск. 2013
19. Думбрэвяну, И.; Чухрий, В.; Корня, Н.; Тэнасе, А.; Чебан, Е.; Гикавый, В. Аденопросин в лечении заболеваний предстательной железы. *Acta Medica. Revistă medicală științifico-practică* Nr. 4 (57) 2015, pag. 101-104.
20. Латышев Валерий Юрьевич. разработка комплексной системы диагностики, лечения и реабилитации больных хроническим простатитом на санаторно-курортном этапе. автореферат диссертации кмн Воронеж. 2015.
21. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Патогенетические основы медикаментозной терапии фторхинолонами и альфа-адреноблокаторами у больных хроническим простатитом. *Фарматека*. №19 (173) 2008
22. Солихов Д. Н. Сравнительная оценка современных методов лечения больных хроническим простатитом. Автореферат диссертации дкм Санкт Петербург.
23. Ферзаули Ахмед Харисович особенности диагностики и лечения хронического бактериального простатита аэробно-анаэробной этиологии. автореферат диссертации кмн. Ростов -на-Дону.-2014.