

nikajícími také do tkáně prostaty. Krátkodobé podávání antibiotik není doporučeno. Doporučená je léčba alespoň 7 dní, lékem volby je trimethoprim-sulfametoxazol. Možná je i léčba fluorochinolony, v případě prokázané citlivosti původce. Proloužená léčba je odůvodněna menším nebezpečím vzniku prostatitidy. Časný relaps cystitidy svědčí pro fokus infekce v prostatě. Opakovaná léčba by měla být vždy cílená (10, 27, 29).

Prostatitida

Zánět prostaty (prostatitida) je jedna z nejčastějších urologických diagnóz u mužů mladších 50 let. Prevalence se pohybuje mezi 7–10%. Vyskytuje se buď v akutní, nebo chronické formě. Akutní zánět prostaty (ABP) je méně častý a provázejí ho výraznější příznaky. Projevy zahrnují časté nucení na močení, bolestivé močení, pálení a řezání při močení. Mnohdy pacient pozoruje výtok z močové trubice. Typicky je febrilní, někdy má zimnici, objevuje se také tupá bolest v podbřišku, v tříslech a na hrázi při stolici.

Obtíže při močení a výše popsané bolesti se objevují i u chronického zánětu, obvykle však v mírnější podobě. Typické jsou obtíže v sexuální oblasti (bolesti při orgasmu, potíže s erekcí). Jedná se o polymorfní stesky a obtíže reagující na rozličné podněty zevního i vnitřního prostředí (Tab. 2).

Antimikrobiální léčba je indikována u ABP a u chronické bakteriální prostatitidy (CBP) v případě průkazu infekčního agens. U dalších forem prostatitidy není antimikrobiální léčba indikována.

U ABP zahajujeme léčbu empiricky, nezbytné je odeslání vzorků k mikrobiologickému vyšetření s následnou úpravou léčby. Podle tíže stavu volíme perorální či parenterální podávání baktericidních antibiotik, lékem volby jsou fluorochinolony. U afebrilního průběhu lze zvážit podání cotrimoxazolu či doxycyklinu (pouze u chlamydiové nebo mykoplazmové infekce). Při febrilním průběhu lze dále zvolit ceftriaxon či piperacilin/tazobactam.

Při zahájení léčby lze kterékoli z těchto antimikrobiálních látek kombinovat s aminoglykosidy. Léčba je 2–4týdenní.

Léčbu CPB nezahajujeme pouze dle symptomů pacientů, ale až cíleně dle prokázaného infekčního agens. Lékem volby jsou

Tab. 2. Klasifikace prostatitid a chronického pánevního syndromu (28)

I	Akutní bakteriální prostatitida (ABP)
II	Chronická bakteriální prostatitida (CBP)
III	Chronická non-bakteriální prostatitida
III A	Zánětlivý chronický pánevní bolestivý syndrom
III B	Nezánětlivý chronický pánevní bolestivý syndrom
IV	Asymptomatická prostatitida (Histologická klasifikace)

Tab. 3. Doporučená antimikrobiální léčba u chronické bakteriální prostatitidy (30)

Lék	Denní dávka	Délka léčby	
Fluorochinolony	optimální dávka dle typu přípravku je 2× denně	4–6 týdnů	
Doxycyklin	100 mg 2× denně	10 dnů	Pouze pro <i>Chlamydia trachomatis</i> nebo mycoplasmata
Azitromycin	500 mg 1× denně	3 týdny	Pouze pro <i>Chlamydia trachomatis</i>
Metronidazol	500 mg 3× denně	14 dní	Pouze pro <i>Trichomonas vaginalis</i> infekce

Tab. 4. Doporučená antimikrobiální léčba u uretritidy (28)

Patogen	Lék	Dávka, délka léčby	Alternativa
Gonoková infekce	Ceftriaxon nebo azitromycin	1 g i. m. nebo i. v. jednorázově 1 g p. o. jednorázově	Cefixim 400 mg p. o. jednorázově plus azitromycin 1 g p. o. jednorázově
Non-gonokoková infekce (při neprůkazu patogenu)	Doxycyklin	100 mg p. o. 2× denně 7 dnů	Azitromycin 500 mg p. o. jednorázově 250 mg p. o. 1× denně 4 dny
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Azitromycin nebo doxycyklin	1–1,5 g p. o. jednorázově 100 mg p. o. 2× denně 7 dnů	Fluorochinolon p. o. 2× denně 7 dnů
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Azitromycin	500 mg p. o. jednorázově 250 mg p. o. 1× denně 4 dny	
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Doxycyklin	100 mg p. o. 2× denně 7 dnů	Azitromycin 1–1,5 g p. o. jednorázově
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol	2 g p. o. jednorázově	Metronidazol 500 mg p. o. 2× denně 7 dnů
Perzistující non-gonokoková uretritida			
Po 1. linii doxycyklinu	Azitromycin + metronidazol	500 mg p. o. jednorázově 250 mg p. o. 1× denně 4 dny 400 mg p. o. 2× denně 5 dnů	

fluorochinolony. Doxycyklin je účinný proti atypickým patogenům, jako je *Chlamydia trachomatis* a genitální mykoplazmata. U infekcí vyvolaných *Trichomonas vaginalis* je indikována léčba metronidazolem (30). U CBP by měla být antimikrobiální léčba podávána po dobu 4–6 týdnů.

Uretritida

Uretritida může být buď infekčního, nebo neinfekčního původu. Zánět močové trubice se obvykle projevuje LUTS (příznaky dolních cest močových) a je třeba jej odlišit od jiných pohlavním stykem. Projevuje se hnědavým nebo hlenovým výtokem, pacient má dysurie a pruritus močové trubice. Řada infekcí močové trubice však probíhá bez příznaků.

Z klinického hlediska je zásadní odlišit gonokokovou a negonokokovou uretritidu.

Ke správné léčbě jsou laboratorní vyšetření zcela nezbytná. Dovoluje-li to klinický stav pacienta, léčbu zahajujeme až cíleně dle prokázaného původce.

U gonokokových infekcí je lékem volby ceftriaxon, případně azitromycin. Léčba by měla být vždy podložena laboratorním vyšetřením citlivosti vzhledem k významnému nárůstu rezistence *Neisseria gonorrhoeae*. Fluorochinolony jsou kontraindikovány u osob pod 17 let, u těhotných a u matek během kojení. V případě chlamydiové či ureaplazmové infekce, která může být spojena s gonokokovou, je lékem volby doxycyklin nebo azitromycin. Při průkazu *Trichomonas vaginalis* se podává metronidazol 2 g jednorázově.

Závěr

Infekce močových cest jsou častým one-mocněním v ambulanci praktického lékaře