

# Перебіг післяопераційного періоду залежно від виду виявленого збудника захворювань, що передаються статевим шляхом, у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози

С.П. Пасєчніков<sup>1</sup>, В.С. Грицай<sup>1</sup>, С.В. Нашеда<sup>2</sup>, А.С. Глєбов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

<sup>2</sup>ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Вивчено зв'язок виникнення ранніх післяопераційних ускладнень залежно від виявленого збудника захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), після планової відкритої простатектомії у 225 хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ). Інфікованість вивчали на підставі виявлених фрагментів ДНК урогенітального хламідіозу, мікоплазмозу, уреоплазмозу, трихомоніазу та при асоціації збудників у генітальних екскретатах та інтраопераційно в тканині видаленої передміхурової залози. Показано підвищення частоти ускладнень в післяопераційний період у хворих з виявленими збудниками ЗПСШ в порівнянні з групою неінфікованих хворих.

**Ключові слова:** доброякісна гіперплазія передміхурової залози, захворювання, що передаються статевим шляхом, післяопераційні ускладнення.

Неухильне старіння населення планети зумовлює актуальність вивчення доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) – одного з найпоширеніших захворювань чоловіків літнього віку.

Демографічні дослідження ВООЗ свідчать про значний приріст населення планети за рахунок осіб, старших за 60 років, темпи якого істотно випереджають зростання населення в цілому [6]. Вважається, що 40–50% чоловіків віком 50–64 роки мають ті або інші симптоми, зумовлені ДГПЗ [7]. У Росії 14–40% чоловіків, старіших за 50 років, потребують лікування симптомів ДГПЗ [4]. В інших країнах ДГПЗ також значно поширена. У США захворюваність на ДГПЗ сягає 34,4 на 1000 населення щороку [8]. У 2000 році в амбулаторній практиці на ДГПЗ захворіли 4,5 млн чоловіків, а загальна кількість звернень за медичною допомогою, пов'язаних з ДГПЗ, становила 8 млн [13]. В Японії лікування помірно виражених симптомів нижніх сечових шляхів, зумовлених ДГПЗ, потребують 50% чоловіків віком 60–70 років [12]. В Італії хворі на ДГПЗ становлять найбільш масову категорію в амбулаторній урологічній практиці – 17,4% [11].

Частота ускладнень, які обтяжують перебіг захворювання, особливо у зв'язку з хірургічним лікуванням хворих, залишається високою, незважаючи на вже давню, багатопланову і широкомасштабну протидію їхньому розвитку з боку урологічної спільноти всього світу [2, 3, 5]. Відомо, що виникнення ранніх післяопераційних ускладнень після хірургічного лікування ДГПЗ найчастіше пов'язане з наявністю хронічної сечової інфекції [1, 9, 10].

**Мета дослідження:** є вивчення виникнення ранніх післяопераційних ускладнень у хворих на ДГПЗ залежно від виду виявленого збудника захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ).

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідницька частина роботи базується на результатах обстеження та хірургічного лікування 225 хворих на ДГПЗ, яким проведена планова черезміхурова простатектомія. Усім хворим, крім загальноклінічного обстеження, проводили визначення показників шкали IPSS, ультразвукове дослідження з визначення об'єму передміхурової залози, кількості залишкової сечі. Інфікованість збудниками урогенітального хламідіозу, мікоплазмозу, уреоплазмозу, трихомоніазу вивчали на підставі виявлення фрагментів ДНК даних мікроорганізмів за допомогою полімеразної ланцюгової реакції у зскрібку з сечівника, секреті передміхурової залози і в інтраопераційно видаленій тканині передміхурової залози.

Для характеристики перебігу раннього післяопераційного періоду у хворих враховували такі показники, як довготривала (більше 7 діб) або профузна (включаючи гемотампонаду сечового міхура) макрогематурія, нагноєння рани, розвиток гострого пієлонефриту, гострого уретриту, гострого орхіепідидиміту.

Залежно від виявлення певного збудника ЗПСШ хворі були розділені на 6 груп:

- I група (n=21) – хворі на ДГПЗ, інфіковані *Mycoplasma hominis*;
- II група (n=20) – хворі на ДГПЗ, інфіковані *Trichomonas vaginalis*;
- III група (n=11) – хворі на ДГПЗ, інфіковані *Ureaplasma urealyticum*;
- IV група (n=16) – хворі на ДГПЗ, інфіковані *Chlamydia trachomatis*;
- V група (n=37) – хворі, у яких виявлена асоціація збудників ЗПСШ;
- VI група (n=120) – хворі на ДГПЗ, у яких збудники ЗПСШ не виявлені.

Перші п'ять груп порівнювали з групою неінфікованих хворих (VI група).

Вірогідність відмінностей оцінювали за допомогою t-критерія Стьюдента. Різниця між величинами, що порівнювали, вважалася вірогідною при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після проведення 225 хворим черезміхурової простатектомії ранні післяопераційні ускладнення спостерігались у 72 (32,0%) пацієнтів.

Інфекційно-запальні ускладнення спостерігались у 54 (24,0%) хворих. Нагноєння рани було відзначено у 8 (3,6%) хворих (сечове затікання у паравезикальну клітковину). Усім хворим доводилося тривалий час проводити довготривале дренирування сечового міхура за допомогою уретрального катетера.

Структура ранніх післяопераційних ускладнень з боку сечостатевих органів у хворих на ДГПЗ залежно від виявлення збудників ЗПСШ

Ускладнення	Кількість хворих				p
	Інфіковані збудниками ЗПСШ (n=105)		Неінфіковані збудниками ЗПСШ (n=120)		
	Абс. число	%±m	Абс. число	%±m	
Нагноєння рани	4	3,8±1,9	4	3,3±1,6	>0,05
Гострий орхіепідидиміт	7	6,7±2,4	7	5,8±2,1	>0,05
Гострий уретрит	13	12,4±3,2	4	3,3±1,6	<0,05
Гострий пієлонефрит	14	13,3±3,3	3	2,5±1,4	<0,05
Усього інфекційно-запальних	38	36,2±4,7	18	15,0±3,3	<0,05
Довготривала або профузна макрогематурія	21	20,0±3,9	5	4,2±1,8	<0,05
Усього	59	56,2±4,8	23	19,2±3,6	<0,05

Таблиця 2

Структура ранніх післяопераційних ускладнень з боку сечостатевих органів у хворих на ДГПЗ залежно від виявлення *Mycoplasma hominis*

Ускладнення	Кількість хворих				p
	I група (n=21)		VI група (n=120)		
	Абс. число	%±m	Абс. число	%±m	
Нагноєння рани	0	0	4	3,3±1,6	<0,05
Гострий орхіепідидиміт	1	4,8±4,7	7	5,8±2,1	>0,05
Гострий уретрит	1	4,8±4,7	4	3,3±1,6	>0,05
Гострий пієлонефрит	0	0	3	2,5±1,4	>0,05
Усього інфекційно-запальних	2	9,5±6,5	18	15,0±3,3	>0,05
Довготривала або профузна макрогематурія	2	9,5±6,4	5	4,2±1,8	>0,05
Усього	4	19,0±8,6	23	19,2±3,6	>0,05

Таблиця 3

Структура ранніх післяопераційних ускладнень з боку сечостатевих органів у хворих на ДГПЗ залежно від виявлення *Trichomonas vaginalis*

Ускладнення	Кількість хворих				p
	II група (n=20)		VI група (n=120)		
	Абс. число	%±m	Абс. число	%±m	
Нагноєння рани	1	5,0±4,9	4	3,3±1,6	>0,05
Гострий орхіепідидиміт	1	5,0±4,9	7	5,8±2,1	>0,05
Гострий уретрит	3	15,0±8,0	4	3,3±1,6	>0,05
Гострий пієлонефрит	4	20,0±3,9	3	2,5±1,4	<0,05
Усього інфекційно-запальних	9	45,0±11,1	18	15,0±3,3	<0,05
Довготривала або профузна макрогематурія	9	45,0±11,1	5	4,2±1,8	<0,05
Усього	18	90,0±6,7	23	19,2±3,6	<0,05

Гострий орхіепідидиміт розвинувся в 14 випадках (6,2%), гострий уретрит – у 17 (7,6%), гострий пієлонефрит – у 17 (7,6%) хворих. Ці післяопераційні ускладнення були купіровані консервативними заходами.

Довготривала (більше 7 діб) або профузна (включаючи гематампонаду сечового міхура) макрогематурія спостерігалась у 26 (11,6%) хворих. У всіх випадках гематурію купірували шляхом призначення гемостатичної терапії, у випадку гематампонади сечового міхура, відмиванням згортків крові через уретральні дренажі, підвищенням ваги на гемостатичні нитки з подальшим призначенням гемостатичної терапії.

У одного хворого (0,4%) спостерігалась тромбоемболія легеневих артерій. У 13 (5,8%) хворих спостерігалось по два ускладнення.

У ранній післяопераційний період у прооперованих нами хворих летальних випадків не відзначали.

Крім загального аналізу структури ранніх післяопераційних ускладнень із боку сечостатевих органів хворим на ДГПЗ виконували аналіз за окремими групами, які формувалися залежно від виявлення збудників ЗПСШ.

Структура ранніх післяопераційних ускладнень з боку сечостатевих органів у хворих на ДГПЗ залежно від інфікування збудниками ЗПСШ наведена в табл. 1.

Аналіз даних табл. 1 свідчить про те, що у хворих на ДГПЗ, інфікованих збудниками ЗПСШ, частота виникнення ранніх післяопераційних ускладнень із боку сечостатевих органів майже в 3 рази перевищує таку у неінфікованих ( $p<0,05$ ). Інфекційно-запальні ускладнення зустрічаються майже у 2,5 рази частіше в інфікованих хворих ( $p<0,05$ ). З них з достовірною різницею частіше виникає гострий уретрит у 3,8 та гострий пієлонефрит у 5,3 рази. Таке ускладнення, як довготривала або профузна макрогематурія, більш як у 4,5 рази вірогідно частіше спостерігалось у хворих на ДГПЗ, інфікованих збудниками ЗПСШ.

Виходячи з цього, можна впевнено стверджувати, що інфікованість збудниками ЗПСШ хворих на ДГПЗ грає важливу роль у розвитку ранніх післяопераційних ускладнень після планової черезміхурової простатектомії.

Структура ранніх післяопераційних ускладнень у хворих на ДГПЗ з боку сечостатевих органів залежно від виду збудника ЗПСШ наведена в табл. 2–6.

Структура ранніх післяопераційних ускладнень з боку сечостатевих органів у хворих на ДГПЗ залежно від виявлення *Ureaplasma urealyticum*

Ускладнення	Кількість хворих				р
	III група (n=11)		VI група (n=120)		
	Абс. число	%±m	Абс. число	%±m	
Нагноєння рани	1	9,1±8,7	4	3,3±1,6	>0,05
Гострий орхіепідидиміт	1	9,1±8,7	7	5,8±2,1	>0,05
Гострий уретрит	1	9,1±8,7	4	3,3±1,6	>0,05
Гострий пієлонефрит	0	0	3	2,5±1,4	>0,05
Усього інфекційно-запальних	3	27,3±13,4	18	15,0±3,3	>0,05
Довготривала або профузна макрогематурія	0	0	5	4,2±1,8	<0,05
Усього	3	27,3±13,4	23	19,2±3,6	>0,05

Таблиця 5

Структура ранніх післяопераційних ускладнень з боку сечостатевих органів у хворих на ДГПЗ залежно від виявлення *Chlamydia trachomatis*

Ускладнення	Кількість хворих				р
	IV група (n=16)		VI група (n=120)		
	Абс. число	%±m	Абс. число	%±m	
Нагноєння рани	1	6,3±6,1	4	3,3±1,6	>0,05
Гострий орхіепідидиміт	1	6,3±6,1	7	5,8±2,1	>0,05
Гострий уретрит	1	6,3±6,1	4	3,3±1,6	>0,05
Гострий пієлонефрит	2	12,5±8,3	3	2,5±1,4	>0,05
Усього інфекційно-запальних	5	31,3±11,6	18	15,0±3,3	>0,05
Довготривала або профузна макрогематурія	4	25,0±10,8	5	4,2±1,8	<0,05
Усього	9	56,3±12,4	23	19,2±3,6	<0,05

Таблиця 6

Структура ранніх післяопераційних ускладнень з боку сечостатевих органів у хворих на ДГПЗ залежно від виявлення асоціації збудників ЗПСШ

Ускладнення	Кількість хворих				р
	V група (n=37)		VI група (n=120)		
	Абс. число	%±m	Абс. число	%±m	
Нагноєння рани	1	2,7±2,7	4	3,3±1,6	>0,05
Гострий орхіепідидиміт	3	8,1±4,5	7	5,8±2,1	>0,05
Гострий уретрит	7	18,9±6,4	4	3,3±1,6	<0,05
Гострий пієлонефрит	8	21,6±6,8	3	2,5±1,4	<0,05
Усього інфекційно-запальних	19	51,4±8,2	18	15,0±3,3	<0,05
Довготривала або профузна макрогематурія	6	16,2±6,1	5	4,2±1,8	>0,05
Усього	25	67,6±7,7	23	19,2±3,6	<0,05

Дані табл. 2 свідчать, що частота ранніх післяопераційних ускладнень з боку сечостатевих органів у хворих на ДГПЗ, інфікованих *Mycoplasma hominis*, не відрізняється від кількості ускладнень у неінфікованих хворих ( $p>0,05$ ). При цьому достовірно можна стверджувати, що таке ускладнення, як нагноєння рани, більш ніж в 3 рази виявляється частіше у групі неінфікованих хворих.

Наведені в табл. 3 дані свідчать, що частота виникнення ранніх післяопераційних ускладнень у пацієнтів, інфікованих *Trichomonas vaginalis*, в 4,7 рази перевищує таку у неінфікованих хворих за рахунок більшої частоти виникнення довготривалої або профузної макрогематурії (45,0±11,1% проти 4,2±1,8%) та гострого пієлонефриту (20,0±3,9% проти 2,5±1,4%).

Ураховуючи дані табл. 4, можна стверджувати, що вірогідної різниці між загальною частотою виникнення ранніх післяопераційних ускладнень у хворих даних груп не відзначено.

У той самий час довготривала та профузна макрогематурія у хворих на ДГПЗ, неінфікованих *Ureaplasma urealyticum*, зустрічається в 4,2 рази частіше ( $p<0,05$ ).

Наведені в табл. 5 дані свідчать, що загальна частота виникнення ранніх післяопераційних ускладнень у пацієнтів, інфікованих *Chlamydia trachomatis*, в 2,9 рази перевищує таку у неінфікованих хворих за рахунок більшої частоти виникнення довготривалої або профузної макрогематурії (25,0±10,8% проти 4,2±1,8%).

Аналіз даних табл. 6 свідчить, що у хворих на ДГПЗ, інфікованих асоціаціями збудників ЗПСШ, загальна частота виникнення ранніх післяопераційних ускладнень з боку сечостатевих органів в 3,5 рази перевищує таку у неінфікованих ( $p<0,05$ ). При цьому, інфекційно-запальні ускладнення зустрічаються у 3,4 рази частіше в інфікованих хворих ( $p<0,05$ ). З них з достовірною різницею значно частіше виникає гострий уретрит

(18,9±6,4% проти 3,3±1,6%) та гострий пієлонефрит (21,6±6,8% проти 2,5±1,4%) відповідно до групи неінфікованих хворих.

### ВИСНОВКИ

1. Загальна частота ранніх післяопераційних ускладнень у хворих на ДГПЗ вірогідно більша в групах хворих, інфікованих трихомоніазом (90,0±6,7%), хламідіозом (56,3±12,4%) та асоціацією збудників (67,6±7,7%) у порівнянні з хворими, неінфікованими збудниками ЗПСШ (19,2±3,6%).

2. У хворих на ДГПЗ, інфікованих мікоплазмозом, вірогідно рідше зустрічається нагноєння рани (у 3,3 разу), а уреоплазмозом – довготривала або профузна макрорегенеративна (у 4,2 разу) відповідно, ніж у неінфікованих хворих.

3. У хворих на ДГПЗ, інфікованих збудниками трихо-

моніазу, хламідіозу та асоціацією збудників ЗПСШ, частота інфекційно-запальних ускладнень у ранній післяопераційний період достовірно вища, ніж у неінфікованих хворих ( $p < 0,05$ ).

4. Частота виявлення довготривалої або профузної макрорегенеративної у хворих на ДГПЗ із трихомоніазом – у 10,7 разу, з хламідіозом – у 6 разів та при асоціації збудників – у 3,9 разу вища в порівнянні з групою хворих, неінфікованих збудниками ЗПСШ відповідно.

5. Інфікованість збудниками ЗПСШ хворих на ДГПЗ впливає на перебіг раннього післяопераційного періоду, після планової черезміхурової простатектомії, шляхом підвищення в 4 рази частоти виникнення довготривалої або профузної макрорегенеративної та в 2,4 разу інфекційно-запальних ускладнень.

### Течение послеоперационного периода в зависимости от вида выявленного возбудителя заболеваний, передаваемых половым путем, у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

**С.П. Пасечников, В.С. Грицай, С.В. Нашеда, А.С. Глебов**

Изучена связь возникновения ранних послеоперационных осложнений в зависимости от выявленного возбудителя заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), после плановой открытой простатэктомии у 225 больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Инфицированность изучали на основании выявленных фрагментов ДНК урогенитального хламидиоза, микоплазмоза, уреоплазмоза, трихомониаза и при ассоциации возбудителей в генитальных экскрематах и интраоперационно в тканях удаленной предстательной железы. Показано повышение частоты осложнений в послеоперационный период у больных с выявленными возбудителями ЗППП в сравнении с группой неинфицированных больных.

**Ключевые слова:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы, заболевания, передающиеся половым путем, послеоперационные осложнения.

### Progress of postoperative period depending on the type of detected pathogens, sexually transmitted infections, in patients with benign prostatic hyperplasia

**S.P. Pasiechnikov, V.S. Grytsai, S.V. Nasheda, A.S. Glyebov**

Studied the relationship of early postoperative complications, depending on the detected pathogen diseases, sexually transmitted diseases (STDs) after open prostatectomy in 225 patients with benign prostatic hyperplasia (BPH). Infection was studied based on the detection of DNA fragments of urogenital chlamydia, mycoplasmosis, ureoplazmosis, trichomoniasis and association with genital pathogens in excreta and intraoperative removed tissue of the prostate. In the study was shown increased frequency of postoperative complications in patients with diagnosed STD pathogens compared with a group of uninfected patients.

**Key words:** benign prostatic hyperplasia, sexually transmitted diseases, postoperative complications.

### Сведения об авторах

**Пасечников Сергей Петрович** – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, 01023, г. Киев, ул. Шелковичная, 39/1

**Грицай Виктор Сергеевич** – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, 01023, г. Киев, ул. Шелковичная, 39/1

**Нашеда Сергей Васильевич** – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9а; тел.: (044) 255-15-65, (066) 848-23-89. E-mail: inflam@ukr.net

**Глебов Антон Сергеевич** – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, 01023, г. Киев, ул. Шелковичная, 39/1

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Бондаренко Ю.М. Функциональні ускладнення нижніх сечових шляхів та їх корекція при хірургічному лікуванні хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Ю.М. Бондаренко. – К., 2007. – 19 с.
- Возіанов А.Ф. Атлас – руководство по урологии: в 3-х т. / А.Ф. Возіанов, А.В. Люлько. – Днепропетровск: Днепр-VAL, 2001. – Т. 3. – 519 с.
- Люлько О.В. Ускладнення відкритих і трансуретральних простатектомій, їх профілактика і лікування / О.В. Люлько, О.О. Люлько, С.І. Забашний // Урологія. – 2004. – № 1. – С. 8–19.
- Сивков А.В. Двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности тразозина у больных хроническим абактериальным простатитом / А.В. Сивков, В.Н. Ощепков, А.А. Егоров // Урология. – 2005. – № 1. – С. 47–53.
- Ухаль М.І. Алгоритм організаційних і профілактичних заходів ранніх і пізніх ускладнень при оперативному втручанні на передміхуровій залозі у хворих середнього та похилого віку / М.І. Ухаль, Д.А. Меленевський, А.С. Анчев // Урологія. – 2000. – № 1. – С. 25–29.
- Barry M.J. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia / M.J. Barry, F.J. Fowler, M.P. O'Leary [et al.] // J.Urol. – 1993. – Vol. 148. – P. 1549–1557.

- Hellstrom W.J. Benign prostatic hyperplasia, sexual function, and overall evaluation of the male patient / W.J. Hellstrom // J. Am. Osteopath. Assoc. – 2004. – Vol. 104, № 2. – suppl. 2. – P. 5–10.
- Recent trends in mortality from benign prostatic hyperplasia / F. Levi, F. Lucchini, E. Negri [et al.] // Prostate. – 2003. – Vol. 56, № 3. – P. 207–211.
- Asymptomatic inflammation and/or infection in benign prostatic hyperplasia / J.C. Nickel, J. Downey, I. Young [et al.] // B.J.U. International. – 1999. – Vol. 84. – P. 976–981.
- Nickel J.C. The overlapping lower urinary tract symptoms of benign prostatic hyperplasia and prostatitis / J.C. Nickel // Lippincott Williams & Wilkins, Inc. – 2006. – Vol. 16, № 1. – P. 5–10.
- Rizzo M.D. Tools for novice health care clinical administrators / M.D. Rizzo // Health Care Manag. (Frederick). – 2005. – Vol. 24, № 1. – P. 3–11.
- Soga N. Analysis of changes in lower urinary tract symptoms with aging / N. Soga, Y. Sugimura // Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. – 2004. – Vol. 95, № 6. – P. 766–772.
- Wei J.T. Urologic diseases in America project: benign prostatic hyperplasia / J.T. Wei, E. Calhoun, S.J. Jacobsen // J. Urol. – 2005. – Vol. 173, № 4. – P. 1256–1261.