



С. П. ПАСЕЧНИКОВ

С. П. Пасечников, завідувач кафедри урології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, завідувач відділу запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України», доктор медичних наук, професор

М. В. Мітченко, старший науковий співробітник відділу запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України», кандидат медичних наук

В. С. Грицай, асистент кафедри урології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, кандидат медичних наук

А. С. Глебов, аспірант відділу запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вплив інфікованості передміхурової залози на перебіг захворювання та результати хірургічного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози

Вступ

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 [8]. Вважається, що 40–50 % чоловіків віком 50–64 роки мають ті або інші симптоми, обумовлені ДГПЗ [9]. У Росії 14–40 % чоловіків, старіших за 50 років, потребують лікування симптомів ДГПЗ [5]. В інших країнах ДГПЗ також широко розповсюджена. У США захворюваність на ДГПЗ сягає 34,4 на 1000 населення щороку [10]. У 2000 році в амбулаторній практиці на ДГПЗ захворіли 4,5 млн чоловіків, а за-

гальна кількість звернень за медичною допомогою, пов'язаних з ДГПЗ, становила 8 млн [15]. В Японії лікування помірно виражених симптомів нижніх сечових шляхів, обумовлених ДГПЗ, потребують 50 % чоловіків віком 60–70 років [14]. В Італії хворі на ДГПЗ становлять найбільш масову категорію в амбулаторній урологічній практиці – 17,4 % [13].

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; 7].

Відомо, що виникнення ранніх післяопераційних ускладнень після хірургічного лікування ДГПЗ найчастіше пов'язане з наявністю хронічної сечової інфекції [1; 11; 12].

У 70–80-х роках минулого століття співробітниками Київського НДІ захворю-

вань нирок та сечовивідних шляхів уже проводилися дослідження, в яких зіставлялися результати виявлення збудників інфекцій у сечі, генітальних екскретах та видаленій тканині передміхурової залози хворих із запальними захворюваннями чоловічих статевих органів та склерозом передміхурової залози [4; 6]. Однак у літературі і дотепер відсутні публікації, які висвітлюють інфікованість збудниками захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), чоловіків, хворих на ДГПЗ, та значення цієї групи інфекцій в етіології, патогенезі, клініці і результатах лікування вказаної патології.

Мета дослідження – підвищення ефективності діагностики інфекційних уражень передміхурової залози у хворих на ДГПЗ шляхом визначення впливу збудників різного таксономічного походження на перебіг захворювання та обґрунтування заходів профілактики обумовлених ними післяопераційних ускладнень.

Матеріали та методи

На етапах виконання роботи базами дослідження для визначення особливостей госпіталізованої захворюваності ДГПЗ і місця патології як в її структурі, так і в структурі оперативних втручань, були міська клінічна лікарня №1 м. Севастополя (період вивчення відповідних показників становив 6 років (2002–2007 рр.)) та Олександрівська клінічна лікарня м. Києва (період вивчення відповідних показників становив 3 роки (2006–2008 рр.)).

Дослідницька частина роботи базується на результатах обстеження та хірургічного лікування 101 хворого на ДГПЗ, яким проведена планова черезміхурова простатектомія. Усім хворим, крім загальноклінічного обстеження, визначали показники шкали I-PSS, QoL, проводили ультразвукове дослідження з визначенням об'єму передміхурової залози, кількості залишкової сечі, цитологічні дослідження генітальних екскретів (зіскрібку із сечів-

ника і секрету передміхурової залози). Інфікованість збудниками урогенітального хламідіозу, мікоплазмозу, уреоплазмозу, трихомоніазу вивчалася на підставі виявлення ДНК вказаних мікроорганізмів за допомогою полімеразної ланцюгової реакції у зіскрібку із сечівника, секреті передміхурової залози і в інтраопераційно видаленій тканині передміхурової залози. Проводилося бактеріологічне дослідження на умовно-патогенні мікроорганізми (УПМ) сечі після масажу передміхурової залози та видаленої під час операції тканини передміхурової залози. Інфікованість вважалася встановленою при виявленні колоній мікроорганізмів $\geq 10^3$ /мл. 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 орхоепідидиміту.

У роботі використовувалися: клініко-лабораторні, цитологічні та бактеріологічні методи, полімеразна ланцюгова реакція, клініко-статистичний, квантометричний та аналітико-синтетичний методи.

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

Результати дослідження

У структурі госпіталізованої захворюваності ДГПЗ стабільно належить третє місце після сечокам'яної хвороби та неспецифічних запальних захворювань. У структурі оперативних втручань міських урологічних відділень відзначено зростання з різною інтенсивністю частки операцій із приводу ДГПЗ, яка за роки спостереження сягає 28,5–36,0 %. Частка планової хірургічної допомоги хворим на ДГПЗ зросла до рівня 49,0–55,4 %. Загалом зростає частка трансуретральної резекції передміхурової залози (з 3,2 до 29,3 % за 6 років), тоді як

Таблиця 1

Видовий спектр збудників ЗПСШ, ідентифікованих із генітальних екскретів і видаленої тканини передміхурової залози у хворих на ДГПЗ

Вид збудника	Кількість збудників	
	абс.	%
<i>Mycoplasma hominis</i>	25	31,6
<i>Trichomonas vaginalis</i>	24	30,4
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	18	22,8
<i>Chlamydia trachomatis</i>	12	15,2
Усього	79	100,0

у пацієнтів віком 65 і більше років методом вибору залишається простатектомія (до 88,2%); вірогідно зменшилась кількість епіцистостомій (до 9,8 %): в 1,5 разу – відкритих та в 2 рази – троакарних. Частота післяопераційних ускладнень перебуває в межах від 13,0 до 47,3 % залежно від закладу та років спостереження. На інфекційно-запальні ускладнення припадає від 39,1 до 45,0 %, на макрогематурію та гемотампонаду сечового міхура – від 18,5 до 21,7 %.

Установлено, що серед хворих на ДГПЗ, які потребують планового хірургічного лікування, ступінь інфікованості збудниками ЗПСШ становить 53,5%. *Mycoplasma hominis* була виявлена у 25 пацієнтів (24,7 %), *Trichomonas vaginalis* – у 24 (23,8 %), *Ureaplasma urealyticum* – у 18 (17,8 %), *Chlamydia trachomatis* – у 12 хворих (11,9%). При цьому мікстинфекція виявлена у 21 (20,8 %), а моноінфекція – у 33 (32,7 %) хворих. Асоціації двох збудників траплялися

у 17 (16,8 %), трьох – у 4 (4,0 %) хворих.

У результаті досліджень генітальних екскретів видаленої тканини передміхурової залози було ідентифіковано ДНК 79 збудників ЗПСШ у 54 хворих (табл. 1).

Домінуючими у спектрі виявлених збудників є молікути (54,4 %) та трихомонади (30,4 %). Мікробні асоціації виявлено у 38,9 % інфікованих хворих, моноінфекцію – у 61,1 % хворих.

У табл. 2 подано спектр збудників ЗПСШ, ідентифікованих із генітальних екскретів і тканини передміхурової залози у чоловіків, прооперованих із приводу ДГПЗ.

Як видно з даних табл. 2, у тканині передміхурової залози домінуючим збудником ЗПСШ визначено *Trichomonas vaginalis*, ідентифікованим у 13,9 % хворих. Друге місце належить молікутам, тобто *Mycoplasma hominis* і *Ureaplasma urealyticum*, які сумісно виявлялись у 12,9 % випадків. Разом із тим у генітальних екскретах превалювали молікути (34,6 %), тоді як ДНК *Trichomonas*

Таблиця 2

Видовий спектр збудників ЗПСШ при дослідженні генітальних екскретів і видаленої тканини передміхурової залози у чоловіків, прооперованих із приводу ДГПЗ

Вид збудника	Досліджуваний матеріал						P
	генітальні екскрети (n=101)			видалена тканина передміхурової залози (n=101)			
	абс.	%	±m	абс.	%	±m	
<i>Mycoplasma hominis</i>	19	18,8	3,9	8	7,9	2,7	= 0,02
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	16	15,8	3,6	5	5,0	2,2	= 0,01
<i>Trichomonas vaginalis</i>	14	13,9	3,5	14	13,9	3,5	–
<i>Chlamydia trachomatis</i>	8	7,9	2,7	4	4,0	2,0	> 0,05
Всього виділених мікроорганізмів	57	56,4	5,0	31	30,7	4,6	< 0,001
Асоціації	14	13,9	3,5	7	6,9	2,5	> 0,05

vaginalis виявлена лише у 13,9 % хворих.

Отже, загальна частота виявлених ДНК збудників ЗПСШ у генітальних екскретах і у видаленій тканині передміхурової залози методом ПЛР вірогідно відрізнялась і становила $56,4 \pm 5,0$ % та $30,7 \pm 4,6$ % відповідно ($p < 0,001$). Із 54 інфікованих пацієнтів у 29 (53,7 %) знайдені збудники у генітальних екскретах, у 11 (20,4 %) – у тканині передміхурової залози і у 14 (25,9 %) – в обох досліджуваних матеріалах.

Установлений нами факт розбіжності результатів дослідження генітальних екскретів та тканини передміхурової залози у 92,6 % інфікованих хворих свідчить про те, що, не враховуючи результати дослідження тканини передміхурової залози, можна отримати неповне уявлення про інфікованість урогенітальної сфери хворих на ДГПЗ збудниками ЗПСШ. Це, своєю чергою, може призвести до встановлення неповного і навіть помилкового діагнозу, а також негативно вплинути на результати лікування цієї категорії хворих.

УПМ ідентифіковані у 40,6 % хворих на ДГПЗ без ознак сечової інфекції. Найчастіше виявляються грампозитивні бактерії (37,6 %) при меншій частоті виявлення грамнегатив-

ної флори (8,9 %). У сечі, взятій після масажу передміхурової залози, збудник виявляється у 37,6 %, у видаленій тканині передміхурової залози – у 8,9 % хворих на ДГПЗ, що свідчить про більшу інформативність дослідження сечі після масажу передміхурової залози щодо умовно-патогенної мікрофлори.

За результатами проведення цитологічних досліджень генітальних екскретів хворих на ДГПЗ, у 65,3 % із них було діагностовано хронічні форми простатиту, уретриту або обидва захворювання одночасно. Відповідь на питання, чи змінюється видовий спектр збудників ЗПСШ, а якщо змінюється, то як, залежно від наявності хронічного запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику, надається в табл. 3.

Загальна інфікованість збудниками ЗПСШ хворих на ДГПЗ, у яких були виявлені хронічні запальні захворювання передміхурової залози та/або сечівника, вірогідно вища ($60,6 \pm 6,0$ % проти $40,0 \pm 8,3$ % хворих без ознак запалення, $p < 0,05$). Домінуючим збудником ЗПСШ у хворих на ДГПЗ із ознаками хронічного запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику є *Trichomonas vaginalis*. Частота виявлення ДНК цього мікроорганізму у хворих на ДГПЗ із ознаками запалення

Таблиця 3

Частота виявлення збудників ЗПСШ у хворих на ДГПЗ залежно від наявності хронічного запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику

Вид збудника	Кількість хворих						p
	хворі з ознаками запальних змін у передміхуровій залозі та/або сечівнику (n=66)			хворі без ознак запальних змін у передміхуровій залозі та/або сечівнику (n=35)			
	абс.	%	$\pm m$	абс.	%	$\pm m$	
<i>Mycoplasma hominis</i>	15	22,7	5,2	10	28,6	7,7	> 0,05
<i>Trichomonas vaginalis</i>	21	31,8	5,7	3	8,6	4,8	= 0,02
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	15	22,7	5,2	3	8,6	4,8	< 0,05
<i>Chlamydia trachomatis</i>	10	15,2	4,4	2	5,7	3,9	> 0,05
Асоціації	17	25,8	5,4	4	11,4	5,4	> 0,05
Загальна інфікованість хворих	40	60,6	6,0	14	40,0	8,3	< 0,05
Збудник не виявлено	26	39,4	6,0	21	60,0	8,3	< 0,05

значно переважає таку у хворих на ДГПЗ без ознак запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику ($31,8 \pm 5,7$ % та $8,6 \pm 4,8$ % відповідно, $p = 0,02$). Суттєве місце серед хворих із хронічним запальним процесом у передміхуровій залозі та/або сечівнику належить *Ureaplasma urealyticum*, інфікованість якою у 2,6 рази переважає цей показник у хворих без запального процесу ($22,7 \pm 5,2$ % та $8,6 \pm 4,8$ % відповідно, $p < 0,05$).

Визначено, що у хворих на ДГПЗ із ознаками хронічного запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику сума балів по шкалі I-PSS становила $23,1 \pm 0,7$, у хворих без ознак хронічного запалення – $20,7 \pm 1,0$ балу, тобто наявність хронічного запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику вірогідно підсилює на 10,4 % вираженість симптомів нижніх сечовивідних шляхів у хворих на ДГПЗ. Це відбувається за рахунок як іритативної, так і обструктивної складових (I-PSS для іритативних симптомів становить $10,2 \pm 0,3$ балу проти $9,0 \pm 0,5$ – у хворих без запалення, $p < 0,05$; для обструктивних симптомів – $12,9 \pm 0,4$ бала проти $11,7 \pm 0,4$ відповідно, $p < 0,05$), при цьому вірогідної різниці між якістю життя не відзначено.

Структура ранніх післяопераційних ускладнень із боку сечостатевого органу у хворих на ДГПЗ залежно від інфікування

збудниками ЗПСШ подано в табл. 4.

Аналіз даних табл. 4 свідчить про те, що у хворих на ДГПЗ, інфікованих збудниками ЗПСШ, частота виникнення ранніх післяопераційних ускладнень із боку сечостатевого органу у 2 рази перевищує таку у неінфікованих ($42,6 \pm 6,8$ % проти $19,1 \pm 5,7$ % відповідно, $p = 0,01$). Вірогідної різниці між інфекційно-запальними ускладненнями у хворих даних груп не відзначено ($24,1 \pm 5,9$ % проти $14,9 \pm 5,2$ % відповідно, $p > 0,05$). Таке ускладнення, як довготривала або профузна макрогематурія, у 4 рази частіше спостерігалось у хворих на ДГПЗ, інфікованих збудниками ЗПСШ, що становить $18,5 \pm 5,3$ % проти $4,3 \pm 2,9$ % – у неінфікованих хворих ($p=0,02$).

Структуру ранніх післяопераційних ускладнень із боку сечостатевого органу у хворих на ДГПЗ залежно від хронічного запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику подано в табл. 5.

Наведені у табл. 5 дані свідчать, що частота ранніх післяопераційних ускладнень із боку сечостатевого органу у хворих на ДГПЗ з ознаками запальних змін у передміхуровій залозі та/або сечівнику майже у 2 рази вища, ніж у хворих без запальних змін ($p < 0,05$). При цьому такі ускладнення, як нагноєння рани та гострий пієлонефрит у групі хворих на ДГПЗ без ознак запальних змін у передміхуровій залозі та/або сечівнику не трапляли-

Таблиця 4

Структура ранніх післяопераційних ускладнень із боку сечостатевого органу у хворих на ДГПЗ залежно від виявлення збудників ЗПСШ

Ускладнення	Кількість хворих				p
	інфіковані збудниками ЗПСШ (n=54)		неінфіковані збудниками ЗПСШ (n=47)		
	абс.	%±m	абс.	%±m	
Нагноєння рани	1	1,9±1,9	1	2,1±2,1	>0,05
Гострий орхоепідиміт	3	5,6±3,1	2	4,3±2,9	>0,05
Гострий уретрит	5	9,3±4,0	3	6,4±3,5	>0,05
Гострий пієлонефрит	4	7,4±3,6	1	2,1±2,1	>0,05
Довготривала або профузна макрогематурія	10	18,5±5,3	2	4,3±2,9	0,02
Усього	23	42,6±6,8	9	19,1±5,7	0,01

Таблиця 5

Структура ранніх післяопераційних ускладнень з боку сечостатевої системи у хворих на ДГПЗ залежно від наявності хронічного запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику

Ускладнення	Кількість хворих				p
	з ознаками запальних змін у передміхуровій залозі та/або сечівнику (n=66)		без ознак запальних змін у передміхуровій залозі та/або сечівнику (n=35)		
	абс.	%±m	абс.	%±m	
Нагноєння рани	2	3,0±2,1	0	0	>0,05
Гострий орхоепідидиміт	3	4,5±2,6	2	5,7±3,9	>0,05
Гострий уретрит	6	9,1±3,6	2	5,7±3,9	>0,05
Гострий пієлонефрит	5	7,6±3,3	0	0	<0,05
Довготривала або профузна макрогематурія	9	13,6±4,2	3	8,6±4,8	>0,05
Усього	25	37,9±6,0	7	20,0±6,8	<0,05

ся у жодного хворого. Виникнення довготривалої або профузної макрогематурії у хворих на ДГПЗ не залежить від наявності хронічного запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику ($13,6 \pm 4,2\%$ – у хворих на ДГПЗ із ознаками хронічного запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику проти $8,6 \pm 4,8\%$ – у хворих без ознак запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику, $p > 0,05$).

Розроблені заходи прогнозування і профілактики ранніх післяопераційних ускладнень планової простатектомії у хворих на ДГПЗ без ознак сечової інфекції, якими передбачається: 1) обстеження хворих на наявність хронічного запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику та ідентифікація збудників запальних захворювань, у тому числі ЗПСШ, як факторів, що прогнозують виникнення ранніх післяопераційних ускладнень простатектомії, з наступним призначенням відповідного лікування на доопераційному етапі; 2) дослідження інтраопераційно видаленої тканини передміхурової залози на наявність ДНК збудників ЗПСШ у хворих на ДГПЗ та наступного призначення адекватного антибактеріального та/або протитрихомонозного лікування з метою профілактики ранніх ускладнень простатектомії.

Висновки

1. Уперше виявлено, що збудниками ЗПСШ інфіковано більше половини хворих на ДГПЗ, які підлягають плановому хірургічному лікуванню і не мають клініко-лабораторних та анамнестичних ознак цих захворювань.

2. Уперше доведено, що у інфікованих хворих на ДГПЗ відзначається розбіжність результатів дослідження генітальних екретів та тканини передміхурової залози на наявність збудників ЗПСШ, що може бути причиною помилкового діагнозу та призводити до неефективного лікування інфекції уrogenітальної сфери у таких хворих.

3. Уперше визначено, що хронічний запальний процес у передміхуровій залозі та сечівнику у хворих на ДГПЗ без ознак сечової інфекції вірогідно частіше обумовлений збудниками трихомоніазу та уреоплазмозу, ніж УПМ.

4. Уперше доведено, що інфікованість збудниками ЗПСШ і хронічний запальний процес у передміхуровій залозі та/або сечівнику у хворих на ДГПЗ вірогідно підвищують частоту розвитку ранніх післяопераційних ускладнень простатектомії.

5. Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості підвищення ефективності як консервативного, так і хірургічного лікування хворих на ДГПЗ.

Список літератури

1. Бондаренко Ю. М. Функціональні ускладнення нижніх сечових шляхів та їх корекція при хірургічному лікуванні хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози : автореф. дис. на здобуття вченого ступеня канд. мед. наук: 14.01.06 / Ю. М. Бондаренко. – К., 2007. – 19 с.
2. Возианов А. Ф. Атлас – руководство по урологии: в 3-х т. / А. Ф. Возианов, А. В. Люлько. – Днепропетровск: Днепр-VAL, 2001. – Т. 3. – 519 с.
3. 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.
4. Руденко А. В. Характеристика микробиологических показателей мочи и ткани предстательной железы у больных склерозом предстательной железы / А. В. Руденко // Урология. – К.: Здоров'я, 1982. – Вып. 16. – С. 20-25.
5. Сивков А. В. Двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности terazолина у больных хроническим абактериальным простатитом / А. В. Сивков, В. Н. Ощепков, А. А. Егоров // Урология. – 2005. – №1. – С. 47-53.
6. Микробиологические показатели при разных формах осложненного хронического простатита / А. Е. Суходольская, И. Ф. Юнда, А. В. Руденко (и др.) // Урология. – К.: Здоров'я, 1977. – Вып. 11. – С. 88-91.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Recent trends in mortality from benign prostatic hyperplasia / F. Levi, F. Lucchini, E. Negrì [et al.] // Prostate – 2003. – Vol. 56, № 3. – P. 207-211.
11. 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.
12. 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.
13. Rizzo M. D. Tools for novice health care clinical administrators / M. D. Rizzo // Health Care Manag. (Frederick). – 2005. – Vol. 24, № 1. – P. 3-11.
14. 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.
15. 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.

Резюме

Вплив інфікованості передміхурової залози на перебіг захворювання та результати хірургічного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози

*С. П. Пасечніков,
М. В. Мітченко, В. С. Грицай,
А. С. Глебов*

Об'єкт дослідження – показники госпіталізованої захворюваності, 101 хворий на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ). Мета роботи – підвищити ефективність діагностики інфекційних уражень передміхурової залози у хворих на ДГПЗ шляхом визначення впливу збудників різного таксономічного походження на перебіг захворювання та обґрунтувати заходи профілактики обумовлених ними післяопераційних ускладнень.

За допомогою полімеразної ланцюгової реакції зіскрібків із сечівника, секрету передміхурової залози та інтраопераційно видаленої тканини передміхурової залози у 53,5 % хворих було виявлено наявність ДНК збудників захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ). Доведено, що у 92,6 % інфікованих хворих на ДГПЗ відмічається розбіжність результатів дослідження генітальних екскретів та тканини передміхурової залози на збудників ЗПСШ.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, госпіталізована захворюваність, післяопераційні ускладнення, збудники захворювань, що передаються статевим шляхом.

Influence of Prostatic Gland Infection on the Course of Illness and Results of Surgical Treatment of Patients with Benign Prostatic Hyperplasia

*S. P. Pasiechnikov,
M. V. Mitchenko, V. S. Hrytsai
A. S. Hlebov*

The study was conducted among 101 inpatients with benign prostatic hyperplasia (BPH). The objective of the study was to increase the efficiency of diagnosing prostatic gland infections in patients with BPH by means of identifying the effects of various taxonomic agents on the course of illness, as well as to reason measures of related post-surgical complications prevention.

Examination of urethral scrapes, prostatic secretion and intraoperatively removed prostatic tissue by means of polymerase chain reaction in 53.5% of patients enabled to identify DNA of agents of sexually transmitted diseases (STD). It was proved that 92.6% of infectious patients with BPH show different results of examination of genital excreta and prostatic tissue aimed at identifying STD agents.

Key words: benign prostatic hyperplasia, inpatients, post-surgical complications, sexually transmitted disease agents.

Summary

Влияние инфицированности предстательной железы на течение заболевания и результаты хирургического лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

*С. П. Пасечников,
Н. В. Митченко, В. С. Грицай,
А. С. Глебов*

Объект исследования – показатели госпитализированной заболеваемости, 101 больной с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Цель работы – повысить эффективность диагностики инфекционных поражений предстательной железы у больных ДГПЖ путем определения влияния возбудителей разного таксономического происхождения на течение заболевания и обосновать меры профилактики обусловленных ними послеоперационных осложнений.

С помощью полимеразной цепной реакции соскобов из мочеиспускательного канала, секрета предстательной железы и интраоперационно удаленной ткани предстательной железы у 53,5 % больных было выявлено наличие ДНК возбудителей заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Доказано, что у 92,6 % инфицированных больных ДГПЖ отмечается расхождение результатов исследования генитальных экскретов и ткани предстательной железы на возбудителей ЗППП.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, госпитализированная заболеваемость, послеоперационные осложнения, возбудители заболеваний, передающихся половым путем.