

# ДОБРОЯКІСНА ГІПЕРПЛАЗІЯ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ, СУПРОВОДЖУЮЧІ ЇЇ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ЛІКУВАННЯ

Г.В. Бачурін, М.А. Довбиш, В.І. Бачурін, А.О. Губарь, А.В. Бачурін

Запорізький державний медичний університет

**Вступ.** Доброякісна гіперплазія передміхурової залози є одним із найпоширеніших захворювань чоловіків середнього, та особливо похилого та старечого віку [1,2,3]. Найпершими симптомами її появи бувають вимучені нічні сечовипускання. Часті підйоми протягом ночі знецілюють чоловіків, роблять роздратованими, вони скаржаться на свою долю лікарів та членам родини тощо. Найчастіше їх пригнічує невдоволення від прийому тієї маси препаратів, котрі зараз рекламуються фірмами. Все це змушує їх звертатися не тільки до лікарів, але й до знахарів, а це в свою чергу відтягує їх звернення за допомогою до урологів, що призводить до хронічної затримки сечі (ХЗС), або до гострої затримки сечі (ГЗС), що ще гірше.

Слід зазначити, що, як правило, у чоловіків це супроводжується патологічними змінами з боку гомеостазу. За останній період у самій передміхуровій залозі віднайшли цілий ряд уражень, що супроводжують розвиток парауретральних залоз, ураження стромальних структур. Основний серед них – це простатит (в основному хронічний). Проблеми його лікування привертають увагу урологів всього світу [4, 5, 6, 7], а також нашої держави [8, 9, 10, 11]. На сьогодні нас не задовольняють результати лікування хронічного простатиту та доброякісної гіперплазії передміхурової залози, якщо вони поєднані між собою. Застосування консервативної терапії аденоми робить її малоефективною при наявності хронічного простатиту і навпаки. Це, перш за все, обумовлено наявністю інфекційно-деструктивних змін, а часом навіть і присутністю специфічної патогенної інфекції. Порушення кровообігу у доброякісній гіперплазії перед-

міхурової залози не сприяє доступу антибіотиків до осередків ураження, а таким чином вони недостатньо ефективні [12].

Саме тому приділяється більше уваги пошукам методів лікування із застосуванням новітніх технологій, фітотерапії для боротьби з моно- та мікст-інфекцією сечових шляхів [13, 14].

**Мета дослідження:** відобразити характер змін серед тканин гіперплазованої передміхурової залози при наявності супутньої патології, інфекції, ускладнень та їх лікування.

**Матеріали і методи дослідження.** Протягом 2016 року в клініці урології Запорізького державного медичного університету прооперовано 311 осіб з приводу доброякісної гіперплазії передміхурової залози, що склало 15,5% від усіх пролікованих хворих протягом року (табл. 1). Серед них з гострою затримкою сечі (ГЗС) було 199 осіб (63,9%) та з хронічною затримкою сечі (ХЗС), прооперовано 112 чоловіків (36,1%). Серед них у особливу групу були виділені 20 осіб із злоякісними утвореннями передміхурової залози. При цьому злоякісні ураження були діагностовані у 12 осіб (6%) з ГЗС, а у осіб з ХЗС тільки у 8 (7,1%). За віком хворих з ГЗС розподілені таким чином: 47 років (1 чоловік), 60–75 років було – 7 чоловіків, старшим за 75 років – 4 чоловіки. На відміну від цих показників серед 8 хворих з ХЗС тільки два чоловіки були молодшими за 60 років, а останні 6 осіб були віком від 71 до 91 року.

Аналіз отриманих даних показує, що осіб віком від 60 до 65 років було 93 чоловіки (31,7%). Середнього віку від 66 до 75 років було 116 осіб (39,7%) і старішими за 75 років – 84 особи

Таблиця 1

Хворі на ДГПЗ розподілені за віком

Роки	Вік хворих					
	<60	60–65	66–70	71–75	76–80	>80
Кількість	33	60	64	52	64	20
Разом	33	60	64	52	64	20

(28,6%). Поряд із клінічним обстеженням були проведені бактеріологічні в умовах клініки. При цьому різні види інфекції були виявлені у 228

осіб (73,3%). Серед чоловіків із ГЗС інфекція була визначена у 142 (71,3%), а у чоловіків з ХЗС – у 86 (76,7%) (відображено у табл. 2, 3).

Таблиця 2

Характер бактеріурії у хворих з ХЗС

Моноінфекція		Мікст-інфекція	
Enterococcus faecalis	18	Enterococcus faecalis Streptococcus pneumoniae	3
Enterobacter agglomerans	7	Enterobacter agglomerans Enterococcus faecalis	2
Staphylococcus epidermidis	3	Staphylococcus epidermidis Streptococcus pneumoniae	2
Escherichia coli	10	Cloacae Streptococcus epidermidis	2
Staphylococcus haemolyticus	4	Enterococcus faecalis Enterobacter agglomerans	1
Streptococcus pneumoniae	12	Enterobacter aerogenosae Enterococcus faecalis	1
Enterobacter aerogenosae	5	Staphylococcus haemolyticus Streptococcus pneumoniae	3
Streptococcus pyogenes	3	Enterococcus faecalis Enterobacter sakasaky	2
Enterobacter sakasaky	4	Enterococcus faecalis Staphylococcus haemolyticus	1
Cloacae	3	Streptococcus pyogenes Enterococcus faecalis	–
Разом	69		17

Примітка: частково опубліковано у 2015 р.

Таблиця 3

Характер бактеріурії у хворих з ГЗС

Моноінфекція		Мікст-інфекція	
Enterococcus faecalis	28	Enterococcus faecalis Streptococcus pneumoniae	4
Enterobacter agglomerans	14	Enterobacter agglomerans Enterococcus faecalis	2
Staphylococcus epidermidis	11	Staphylococcus epidermidis Streptococcus pneumoniae	3
Escherichia coli	18	Cloacae Streptococcus epidermidis	1
Staphylococcus haemolyticus	7	Enterococcus faecalis Enterobacter agglomerans	2
Streptococcus pneumoniae	15	Enterobacter aerogenosae Enterococcus faecalis	3
Enterobacter aerogenosae	11	Staphylococcus haemolyticus Streptococcus pneumoniae	1
Streptococcus pyogenes	10	Enterococcus faecalis Enterobacter sakasaky	1
Enterobacter sakasaky	5	Enterococcus faecalis Staphylococcus haemolyticus	1
Cloacae	4	Streptococcus pyogenes Enterococcus faecalis	1
Разом	123		19

При чому серед осіб з ГЗС моноінфекція спостерігалася у 123 осіб (86,1%), а мікст-інфекція – у 19 осіб (13,4%). У той же час у чоловіків з ХЗС моноінфекція простежувалася у 69 (80,2%), а мікст-інфекція – у 17 (19,8%). Таким чином, серед чоловіків з ХЗС було значно більше мікст-інфекції ніж у осіб з ГЗС, що складає у цілому 33,2% осіб з мікст-інфекцією.

Після інтенсивної короткочасної підготовки всі хворі з ГЗС оперовані у перші 12–24 години від моменту госпіталізації. 117 хворим проведені трансуретральні резекції (ТУР), а у 82 хворих проведені аденомектомії відкритим методом. Серед хворих з ХЗС ТУР використані у 86 осіб, і тільки у 26 виконані аденомектомії відкритим методом. Підготовка до оперативного втручання хворих з ХЗС проводилася не довше 2–3 діб з моменту госпіталізації. Отриманий матеріал відправляли для гістологічного дослідження (табл. 4).

**Результати та їх обговорення.** У 83 хворих (78,9%) з ХЗМ було діагностовано залозисто-кістозні форми гіперплазованих передміхурових залоз. Слід зазначити, що тільки у 24 осіб були визначені «чисті» залозисто-кістозні форми. У інших 59 чоловіків залозисто-кістозні форми були поєднані з ураженням простати. Так, у 41 особи залозисто-кістозні форми були одночасно з хронічним простатитом. У 11 чоловіків залозисто-кістозні форми супроводжувалися навіть гнійним простатитом. Окрім того, залозисто-кістозні форми поєднані з фіброзними формами, також базувалися на хронічному простатиті у 6 чоловіків. Змішана форма спостері-

галася у 10 чоловіків, але у 7 з них також одночасно діагностовано і хронічний простатит. Окрім того, у 4 осіб була PIN низького ступеня. Серед усіх хворих тільки у 4 осіб спостерігали фібро-мускулярні і фіброваскулярні форми.

Згідно з вказаною табл. 5 хворих, молодших за 60 років, було 19 осіб (10,9%). За віком 60 до 65 років – 40 чоловіків (20,4%), від 66 до 75 років – 69 (36,9%) та старшими за 75 років – 59 (31,8%) осіб. За результатами мікроскопічного дослідження тканин залозисто-кістозна форма гіперплазії простати була виявлена у 53 осіб (28,1%) групи хворих, молодшими за 65 років. У той час залозисто-кістозна форма була виявлена у 116 осіб (62,1%), старших за 66 років. При цьому у 45 осіб молодшого віку залозисто-кістозна форма була однозначно з хронічним простатитом. З них у 8 осіб простатит був гнійним. Серед осіб похилого та старечого віку супровідний хронічний простатит діагностовано у 95 осіб (74,5%) і серед них у 8 чоловіків також він був гнійним. Серед осіб молодшого віку окрім залозисто-кістозних форм гіперплазії передміхурової залози у 9 спостерігалися змішані, стромальні, фіброваскулярні і фібромускулярні форми. У осіб, старших за віком, подібні форми гіперплазії передміхурової залози спостерігалися у 19 осіб.

Порівнюючи отримані результати поміж обома групами хворих виявилась одна особливість. У осіб з ГЗС гнійна форма простатиту діагностована у 7,6% випадках. У той же час у осіб з ХЗС ця патологія підтверджена у 9,8% випадків. Тобто, майже кожний десятий чоловік з ДГПЗ має гнійну патологію у простаті, що

Таблиця 4

Результати гістологічного дослідження матеріалу у хворих з хронічною затримкою сечі

Найменування	Вік хворих					
	<60	60–65	66–70	71–75	76–80	>80
1. Залозисто-кістозна форма	5	2	11	4	1	1
2. Залозисто-кістозна форма. Хр. простатит	5	9	12	3	9	3
3. Залозисто-кістозна форма. Гнійний простатит	1	3	2	2	2	1
4. Залозисто-кістозна та фіброзна форма. Хр. простатит	1	2	–	1	1	1
5. Змішана форма	–	1	–	1	–	1
6. Змішана форма. Хр. простатит	–	1	2	3	1	–
7. Змішана форма. PIN	2	–	–	–	2	–
8. Залозисто-стромальна форма	–	1	1	2	–	–
9. Фібромускулярні, фіброваскулярні форми	–	–	–	2	1	1
Всього	14	19	28	18	17	8

Результати гістологічного дослідження матеріалу  
у хворих з гострою затримкою сечі

Найменування	Вік хворих					
	<60	60–65	66–70	71–75	76–80	>80
1. Залозисто-кістозна форма	–	6	8	4	5	2
2. Залозисто-кістозна форма. Хр. простатит	10	21	19	16	28	8
3. Залозисто-кістозна форма. Гнійний простатит	1	7	–	2	4	1
4. Залозисто-кістозна та фіброзна форма. Хр. простатит	3	2	5	3	3	1
5. Змішана форма	1	–	–	3	3	–
6. Змішана форма. Хр. простатит	2	–	–	2	1	–
7. Змішана форма. РІН	1	1	1	1	1	–
8. Залозисто-стромальна форма	1	2	2	2	2	1
9. Фібромускулярні, фібро-васкулярні форми	–	1	–	1	–	–
Всього	19	40	35	34	47	12

впливає на появу тазових болей, гіперактивність сечового міхура, та є причиною того, що хворому доводиться досить часто вставати у нічний час, щоб опорожнити сечовий міхур. На наш погляд, саме наявність простатиту (хронічного або гострого) є однією з причин, котрі впливають на показники простат специфічного антигену (ПСА).

Проведений аналіз результатів виявлення мікрофлори та її чутливість до антибіотиків у хворих на ДГПЗ був частково опублікований нами у 2015 році. На основі отриманих даних виникло питання, як боротися з вказаною інфекцією. Ми помітили деяку різницю впливу на моноінфекцію та мікст-інфекцію антибіотиків. Так, ванкоміцин з успіхом застосували у 73 з моноінфекцією (*Enterococcus faecalis*), а з мікст-інфекцією тільки у 28 чоловіків. Якщо до складу мікст-інфекції не входила кишкова паличка, ванкоміцин був менш ефективним. Ертапінем був ефективним при моноінфекції у 22 осіб і тільки у 9 осіб при мікст-інфекції. Лікозалід ефективно використовували у більшості хворих з моноінфекцією і менш ефективним він був при мікст-інфекції. Навіть при наявності кишкової палички. Левоміцетин досить корисно використано в поєднанні з фурагіном. Успішно використано і доксициклін у хворих як з моноінфекцією, так і мікст-інфекцією. Такі препарати як міропінем успішно використовували в боротьбі з моноінфекцією. Імепінем був корисним при боротьбі з моноінфекцією і мікст-інфекцією. Менше корисним були гатіфлоксацин і ертапінем. Однак, підводячи підсумки, у

наш час можна рекомендувати на окремі групи інфекцій такі препарати, як гентаміцин, цефтріаксон, імепінем. Такі препарати, як тігециклін, доксициклін, імепінем досить успішно можуть використовуватися в боротьбі з *Streptococcus pneumoniae*. Такі антибіотики, як азітроміцин, цефпрофлоксацин, ріфампіцин, левофлоксацин, цефепім мають поодинокі успіхи від їх застосування.

У післяопераційному періоді проводилася корекція гомеостазу у всіх хворих. Однак не вдалось запобігти виникненню декількох ускладнень. Так, у ранньому періоді помічені частково неутримання сечі (6 осіб), кровотеча із ложа простати спостерігалася у 8 осіб, гострі епідімії (4), та епідіміоорхіти (6). Враховуючи похилий вік хворих, ми спостерігали загострення з боку шлунково-кишкового тракту. Серед них 3 загострення виразки шлунка та 12-палої кишки, ускладнених кровотечею, 2 – загострення холециститу. Консервативне лікування проведено успішно (доц. Бачурін А.В.).

Вважаємо за доцільне використовувати фітотерапію у подальшому у хворих особливо з «залишками» хронічного простатиту. З цією метою використовували протягом не менше 2–3 місяців різні трав'яні суміші. Наприклад, трава звіробою звичайного – 35,0; квітки ромашки лікарської – 35,0; трава чистотілу великого – 15,0; квітки липи серцелистої – 15,0.

2 стакани цієї суміші залити 500 мл окропу. Закрити в термосі, настояти 1 годину, процідити. Пити по 0,5 склянки двічі на день після їжі.

Листки берези повислої – 20,0; листки брусли – 10,0; трава хвоща польового – 10,0; корені валеріани лікарської – 10,0; коренеплоди селери пахучої – 10,0. 2 столових ложки цієї суміші залити 300 мл окропу, кип'ятити на водяному огрівнику 10 хвилин, процідити. Пити по 1/4–1/2 склянки тричі на день за 1 годину до їжі.

Добре при загостренні процесу у простаті робити мікроклізми з таким складом: 1 чайна ложка чистотілу, 1 чайна ложка ромашки. Залити 200–250 мл окропу, охолодити до 40–60 °С. Процідити. По 75–100 мл вводити за допомогою гумової груші у пряму кишку. Не лягати. Можна ходити, сидіти. Через 1–1,5 години сходити до туалету. Це робити можна 1–2 рази на добу. Після випорожнення можна ввести геморойні свічки з метилурацілом. Лікування проводять протягом 2–3 тижнів. Є велика кількість різних сумішей трав, але їх необхідно підбирати для кожного хворого окремо.

### Список літератури

1. Давидов М.И., Локшин К.Л., Горбунов И.С. Частота острой задержки мочи у больных аденомой предстательной железы при 8-летнем лечении тамсулозином / М.И. Давидов, К.Л. Локшин, И.С. Горбунов // Урология. – 2015. – № 2. – С. 74–81.
2. Россихин В.В., Степанова Е.А. Сравнительная эффективность препаратов Витапрост форте и Простатилена в комплексном лечении больных после операции аденомэктомии / В.В. Россихин, Е.А. Степанова // Медицинские аспекты здоровья мужчины. – 2014. – № 3(14). – С. 50–55.
3. Современные возможности медикаментозного лечения аденомы предстательной железы / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, Д.А. Бешлиев, И.И. Абдуллин // Урология. – 2010. – № 2. – С. 54–59.
4. Hartung R. Do alpha-blockers prevent the occurrence of acute urinary retention? // Eur. Urol. – 2001. – V. 39, N 6. – P. 13–18.
5. Emberton M., Anson K. Acute urinary retention in men // Br. Med. J. – 1999. – V. 318, N 3. – P. 921–925.
6. Boyle P., Robertson C., Wilson T., D'Omofrio A. Risk factors for acute urinary retention in men with benign prostatic hyperplasia. In.: Abstracts from the XVIIIth Congress of the EAU. March 12–15, 2003. – Madrid: Spam. Madrid, 2003. – P. 94.
7. Kim H., Kim J., Benson D., Bales G.T., Gerber G.S. Results of treatment with tamsulosin in men with acute urinary retention // Tech. Urol. – 2001. – V. 7, N 4. – P. 256–260.
8. Мегера В.В., Антонян И.М., Роцин Ю.И. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – диагностика осложнений и сопутствующей патологии // Мегера В.В., Антонян И.М., Роцин Ю.И. // Здоровье мужчины. – 2015. – № 2(53). – С. 178.
9. Комбинированная терапия ДГПЖ: ответы на сложные вопросы в исследовании CONDUCT / С.П. Пасечников, Д.В. Шукин, В.П. Стусь, В.И. Зайцев // Медицинские аспекты здоровья мужчины. – 2015. – № 3(18). – С. 12–15.
10. Ухаль М.И., Ухаль Е.М. Уретропростатическое рефлюксирование мочи и патогенетическая терапия рефлекс-обусловленного хронического простатита с точки зрения доказательной медицины / Ухаль М.И., Ухаль Е.М. // Урология. – 2016. – №1. – С. 46–50.
11. Диагноз «хронический бактериальный простатит» как эффективно решить проблему // Медицинские аспекты здоровья мужчины. – 2015. – № 3(18). – С. 20–24.
12. Коррекция нарушений кровообращения в предстательной железе у больных хроническим простатитом, ассоциированной с урогенитальной инфекцией // Ю.С. Кондратьева, А.И. Неймарк, Я.Д. Желтикова, Е.А. Субботин / Урология. – 2015. – № 2. – С. 68–73.
13. Фітотерапія в урології. Навчальний посібник / Ю.М. Колесник, Г.В. Бачурін, А.Г. Сербін, Ю.І. Корнієвський. – Запоріжжя, 2014. – 335 с.

### Висновки

1. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози здебільшого супроводжується наявністю хронічного простатиту, за нашими даними у 228 осіб (73,3%) серед чоловіків з ГЗС вона визначена у 142 (71,3%), а у чоловіків з ХЗС – у 86 (76,7%). Гнійними процесами супроводжуються відповідно у 7,6% та 9,8% осіб.

2. Наявність хронічного простатиту є причиною нічного та денного неспокою хворих, що обумовлено тазовими болями (гіперактивністю сечового міхура, дизурією).

3. Під час загострення (так званий аденоміт) простатиту об'єм простати може бути однією із причин гострої затримки сечі.

4. Бактеріологічне дослідження сечі проводить обов'язково не тільки до, але й у подальшому після операції аденомектомії (ТУРП).

14. Бачурин Г.В. Характер бактериурии и ее чувствительность к антибиотикам в дооперационном периоде у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник УМСА. – 2015. – Т.15. – С. 78–81.

## Реферат

### ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СОПУТСТВУЮЩИЕ ЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Г.В. Бачурин, М.А. Довбыш,  
В.И. Бачурин, А.О. Губарь,  
А.В. Бачурин

В статье проведен анализ лечения 311 больных, которые поступили в урологическую клинику. Из них 199 человек были с острой задержкой мочи и 112 – с хронической задержкой мочи. Возраст больных колебался от 57 до 91 года. После кратковременной подготовки больным выполняли аденомэктомию: ТУРП – у 203, открытые аденомэктомию – 108 человек. У 207 больных одновременно были диагностированы простатиты (в основном хронические), но у 25 больных – гнойные их формы. После операции наблюдали осложнения в виде частичного неудержания мочи у 6 больных, острого эпидидимоорхита у 12 человек, кровотечения из ложа – у 5 человек, обострения язвенной болезни – 2 человека. Консервативная терапия была эффективной. Авторы рекомендуют в послеоперационном периоде использовать фитотерапию с целью борьбы с хроническим простатитом, исключения тазовых болей, дизурических расстройств.

**Ключевые слова:** хронический простатит, хроническая задержка мочи, доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

## Адреса для листування

Г.В. Бачурин  
E-mail: vachurina\_m@mail.ru

## Summary

### BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA, ASSOCIATED WITH IT DISEASES AND THEIR TREATMENT

G.V. Bachurin, M.A. Dovbish,  
V.I. Bachurin, A.O. Gubar,  
A.V. Bachurin

In the article the analysis of treatment of the 311 patients who admitted to the urological department was conducted. Among them, 199 patients had acute urinary retention and 112 patients – chronic urinary retention. The age of patients ranged from 57 to 91 years. After short pretreatment, the patients were made prostatectomies: TURP – in 203 patients, open prostatectomies – in 108 patients. In 207 patients were simultaneously diagnosed prostatitis (mainly chronic forms), but in 25 patients – purulent forms. After surgery we observed different complications like partial urine incontinence in 6 patients, acute epididymoorchitis in 12 patients, postoperative bleeding – in 5 patients, exacerbation of peptic ulcer disease – in 2 patients. Conservative therapy was effective. The authors recommend in postoperative period to use herbal medicine to treat chronic prostatitis, to eliminate the appearance of chronic pelvic pain and disorders of urination.

**Keywords:** chronic prostatitis, chronic urinary retention, benign prostatic hyperplasia.