

## ГІПЕРПЛАЗІЯ ПРОСТАТИ

**Ю.М. Кудрявцев, лікар-уролог**  
Сумська обласна клінічна лікарня

### ПОСТАВЛЕННЯ ПРОБЛЕМИ

Еректильна дисфункція (ЕД), відома також як імпотенція, є досить поширеним розладом сечостатевої системи у чоловіків та важливою медико-соціальною проблемою. Особливу групу пацієнтів, які страждають на цю патологію, складають чоловіки, які перенесли оперативні втручання на органах таза. Найбільш поширеним втручанням такого типу є простатектомія з приводу доброякісної гіперплазії простати (ДГП). Незважаючи на появу ефективних фармакологічних розробок, радикальним методом лікування ДГП залишається хірургічний.

Останнім часом приділяється велика увага впливу різних методів лікування ДГП на сексуальну функцію, яка є важливою складовою частиною якості життя пацієнтів. На 4-й Міжнародній нараді з проблем ДГП було рекомендовано проведення досліджень стану сексуальної функції після хірургічного лікування цієї патології та порівняння різних методів лікування з точки зору впливу на статеву функцію. Згідно з даними літератури, ризик розвитку еректильної дисфункції після хірургічного лікування ДГП досягає 30–40%.

### АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПУБЛІКАЦІЙ

Останні дослідження доводять негативний вплив простатектомії на сексуальну функцію, в патогенезі цих порушень головна роль надається травмуванню перипростатичних нервових утворень (nn. erigentes), розвитку склеротичних змін в перипростатичній клітковині, що часто буває при травматичній енуклеації пухлинних вузлів [1]. Додатковим підтвердженням цих поглядів є дані зарубіжних авторів, що при перфорації капсули простати під час трансуретральної резекції простати (ТУРП) зростає частота виникнення ЕД. Можливий механізм цього – як пряме травмування nn. erigentes, так і зміни в перипростатичній клітковині, зумовлені протіканням промивної рідини [2].

У розвинутих країнах переважно виконується трансуретральна резекція простати (ТУРП), яка на сьогоднішній день вважається “золотим стандартом” хірургічного лікування ДГП та, наприклад, в США виконується в 96% випадків. Проте, поряд з цим, завжди є категорія хворих, яким показано відкрите хірургічне втручання. В нашій країні, з ряду причин, відсоток таких пацієнтів значно вищий. Переважно виконується черезміхурова (одно- або двоментна) простатектомія (ЧП). У зв'язку з існуючою на сьогодні розбіжністю в термінології слід відзначити, що під простатектомією мається на увазі енуклеація аденоматозних вузлів.

В Україні проведено дослідження впливу на копулятивну функцію ЧП (одно- та двохетапної) і ТУРП в порівняльному аспекті, показано, що виконання простатектомії в 2 етапи негативно впливає на копулятивну здатність, а ТУРП є більш доцільною з метою її максимального збереження [1].

Сьогодні дістає поширення позадулонна позаміхурова простатектомія (ПП), проте у вивченій нами літературі ми не знайшли порівняльних даних про вплив цього типу втручання на сексуальну функцію. Більшість урологів при виконанні ПП відмічають менш травматичну енуклеацію аденоматозних вузлів [3]. Це пояснюється чітким візуальним контролем основних етапів операції, можливістю контролювати судинно-нервовий пучок, який міститься на задньолатеральних поверхнях простати. Існує точка зору, що однією з причин дебюту ЕД у осіб похилого віку є тривала перерва статевої активності. Післяопераційний період після відкритої простатектомії з його “морбідністю” може відігравати роль чинника, який провокує тривалу відмову хворого від статевого життя. Так, після ЧП у хворого до 3-6 місяців може зберігатися дизуричний синдром. Згідно з літературними даними, існує кореляція між вираженістю симптомів нижнього сечового тракту та станом еректильної функції [4]. На думку деяких авторів, наявність ДГП та її розміри, а також оперативне втручання не є причинами ЕД, а розвиток сексуальних розладів у таких хворих зумовлений наявністю складної обструктивної та іритативної симптоматики, що призводить у них до розвитку хронічного стрес-синдрому [5]. Літературні дані та власний досвід дозволяють стверджувати, що при застосуванні позадулонного доступу швидше відновлюється нормальний акт сечовипускання, менша частота вимушеного та стресового нетримання сечі. Таким чином, перевагу можуть мати такі методи, які мають більш короткий період реабілітації хворого та його ранню активацію. На сьогодні вплив ПП на статеву функцію вивчено недостатньо.

### ПОСТАВЛЕННЯ ЗАВДАННЯ

Вивчити зміни статевої функції у чоловіків після ПП та ЧП з приводу ДГП у порівняльному аспекті. З'ясувати наявність корелятивного взаємозв'язку між об'ємом видалених гіперплазованих вузлів, вираженістю дизуричного синдрому, рівнем андрогенів та станом сексуальної функції чоловіків (в залежності від методу операції).

### МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Пацієнти-чоловіки, які перенесли ЧП або ПП. Досліджено 40 пацієнтів, котрим проведена ПП (перша група); 51 пацієнт, котрим виконана ЧП (друга група). За віком, функціональним станом сечостатевої системи, перенесеними соматичними захворюваннями, а також за об'ємом оперативного втручання та показами до нього основна та контрольна групи були ідентичні. Так, критерієм відбору до дослідження було збереження у пацієнтів сексуальної функції. Середній вік пацієнтів першої групи становив  $66 \pm 4$  роки, другої групи -  $64 \pm 4$  роки. В обох клінічних групах застосовувалися однакові методи дослідження, операції були виконані в однакових умовах. В післяопераційному періоді в залежності від його перебігу всім хворим проводилася адекватна терапія (інфузійна, антибактеріальна, симптоматична).

Проводилося тестування-опитування за шкалою ЧКФ (чоловічої копулятивної функції) [6]. Чоловікам пропонувалося відповісти на запитання:

- 1 Протягом останнього місяця як часто у Вас виникало бажання мати статеві зносини (незалежно від ерекції)? (ЧКФ1, згідно із шкалою О.Б.Лоран [6]).
- 2 Протягом останнього місяця як часто у Вас виникали спонтанні (не пов'язані зі статевою активністю) ерекції? (ЧКФ2).
- 3 Протягом останнього місяця яка була ерекція при статевих зносинах? (ЧКФ6).
- 4 Протягом останнього місяця скільки завершених (незалежно від їх якості) статевих зносин Ви мали? (ЧКФ10).

Відповіді пацієнтів оцінювалися в балах (від 0 до 5). Також проводилося опитування, як цей стан впливає на якість життя пацієнтів (ЯЖ). Одночасно оцінювалася вираженість симптомів нижнього сечового тракту за допомогою шкали IPSS (міжнародна шкала вираженості симптомів нижніх сечових шляхів). Тестування проводилося перед оперативним втручанням, а також через 1 та 3 місяці після операції. Виконане вимірювання кількості залишкової сечі за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД) – через 1 та 3 місяці після операції.

Рівень гормонів (тестостерону сироватки крові) визначався в периферійній крові за допомогою тест-систем виробництва “Medix Biochemica” та оптичного мікроплашкового рідера Multiskan MS, забір крові здійснювався натще (брали кров до операції та через 3 місяці після операції).

Проведене точне визначення об'єму видалених гіперплазованих вузлів у пацієнтів обох груп за допомогою їх занурення в мірну посудину, заповнену рідиною. Об'єм витісненої рідини приймався як об'єм видалених вузлів.

Отримані дані оброблені за допомогою пакета електронних таблиць Microsoft Excel 97.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В результаті аналізу отриманих даних виявлено, що виконання як ПП, так і ЧП чинило негативний вплив на статеву функцію чоловіків. Зміни сексуальної функції після простатектомії подані в таблиці 1.

Таблиця 1

	ЧКФ1, М±m балів	ЧКФ2, М±m балів	ЧКФ6, М±m балів	ЧКФ10, М±m балів
ПП (до операції) n=40	1,4±0,7	2,0±0,5	2,3±1,0	1,1±0,6
ПП (через 1 місяць)	1,1±0,4	1,6±0,6	1,7±1,0	1,0±0,6
ПП (через 3 місяці)	1,8±0,6	2,0±0,4	2,5±0,8	1,4±0,7
ЧП (до операції) n=51	1,5±0,7	2,0±0,5	2,4±0,9	1,2±0,6
ЧП (через 1 місяць)	0,9±0,4	1,2±0,5	1,5±0,8	0,5±0,5
ЧП (через 3 місяці)	1,6±0,6	1,7±0,5	2,1±0,6	1,1±0,5

Як бачимо, до виконання оперативного втручання стан статевої функції в обох групах був ідентичний. Об'єм передміхурової залози (Vп, М±m) в групі ПП становив 51±11 см<sup>3</sup>, в групі ЧП - 47±10 см<sup>3</sup>. Як свідчить таблиця 1, як після ПП, так і після ЧП через 1 місяць після операції спостерігається достовірне (p<0,05) зниження показників, які характеризують нейрогуморальну складову статевої функції (ЧКФ1 і ЧКФ2) та ерекції (ЧКФ6). Кількість статевих актів достовірно (p<0,05) зменшилася за перший місяць лише в групі ЧП. Загалом в групі ЧП спостерігається тенденція до більшого зниження показників, які характеризують стан статевої функції, у порівнянні з групою ПП, проте відмінності між групами набувають рис достовірності лише за показниками ЧКФ2 (кількість спонтанних ерекцій) та ЧКФ10 (кількість статевих актів).

У групі ПП через 3 місяці після операції ЧКФ1 (бажання мати статеву близькість незалежно від ерекції) має тенденцію до збільшення, проте це не набуває рис достовірності (p>0,05), ЧКФ2 (спонтанні ерекції) та ЧКФ6 (ерекційна здатність) повертаються до висхідного рівня. Кількість статевих актів (ЧКФ10) у цій групі має незначне збільшення, яке не набуває рис достовірності.

У групі ЧП через 3 місяці після виконання оперативного втручання бажання мати статеву близькість (ЧКФ1) повертається до висхідного рівня, частота спонтанних у 18% пацієнтів після ПП (n=7) та у 24% пацієнтів після ерекції (ЧКФ2) достовірно (p<0,05) зменшилася, ерекційна здатність (ЧКФ6) у порівнянні з висхідним рівнем зменшилася, проте це не набувало рис достовірності (p>0,05), кількість статевих актів (ЧКФ10) приблизно повернулася до висхідного рівня.

Загалом негативні зміни статевої функції, які можливо було характеризувати як ЕД, спостерігалися ЧП (n=12).

Ступінь дизуричних розладів (IPSS), ЯЖ пацієнтів, об'єм залишкової сечі (Vз) та рівень тестостерону (Т), в залежності від способу операції, подані в таблиці 2.

Таблиця 2

	IPSS, М±m балів	ЯЖ, М±m балів	Vз, М±m мл	Т, М±m нмоль/л
ПП (до операції) n=40	29,8±3,9	5,2±0,4	-	8,9±1,8
ПП (через 1 місяць)	9,6±4,0	2,0±0,7	40±16	-

ПП (через місяці)	3	4,0±2,9	1,1±0,7	19±11	8,8±1,8
ЧП (до операції) n=51		28,4±3,6	5,0±0,5	-	8,6±1,5
ЧП (через місяць)	1	12,0±4,2	2,8±0,6	42±14	-
ЧП (через місяці)	3	6,1±2,9	2,0±0,5	23±11	8,5±1,5

Як бачимо з таблиці 2, у першій групі (після ПП) середній рівень IPSS за перший місяць після операції зменшився на 20 балів та за 3 місяці – на 26 балів у порівнянні з рівнем IPSS до операції. В другій групі (після ЧП) IPSS в середньому зменшився на 16 балів за перший місяць та на 22 бали за 3 місяці у порівнянні з висхідним рівнем (до операції). Таким чином, через 1 місяць після операції кількість балів IPSS у пацієнтів після позадулонної операції зменшилася на 13%, що більше в порівнянні з хворими після черезміхурової простатектомії; через 3 місяці – на 8%. Очевидно, що після ПП відбувається більш швидке зниження вираженості дизуричного синдрому ( $p<0,05$ ). Якість життя через 1 та 3 місяці після операції в середньому була вища в першій групі (ПП), проте статистичний аналіз цього показника не виявив рис достовірності. Як бачимо з таблиці, кількість залишкової сечі не залежала від виду оперативного втручання.

Вивчення гормонального статусу пацієнтів показало, що у більшості з них спостерігались лабораторні ознаки синдрому часткової андрогенної недостатності (PADAM). Так, рівень  $T<12$  нмоль/л виявлено у 100% пацієнтів обох груп, а в 45% пацієнтів обох груп -  $T<8$  нмоль/л. Виконання оперативного втручання суттєвим чином на рівень  $T$  не вплинуло (в обох групах).

Аналіз корелятивного взаємозв'язку між параметрами, що вивчалися:

- кореляції між кількістю залишкової сечі та вираженістю дизуричних симптомів (IPSS) в післяопераційному періоді не виявлено;
- в другій групі (ЧП) виявлений від'ємний лінійний взаємозв'язок між IPSS та ерекційною здатністю (ЧКФ6) через 3 місяці після операції ( $R>0,6$ ), а також між IPSS та кількістю статевих актів (ЧКФ10);
- в обох групах виявлено кореляцію між IPSS та якістю життя пацієнтів ( $R>0,6$ );
- в другій групі (ЧП) виявлено лінійний взаємозв'язок між об'ємом простати та кількістю статевих актів (ЧКФ10) через 3 місяці після операції ( $R>0,6$ );
- корелятивного взаємозв'язку між рівнем андрогенів та станом статевої функції не виявлено.

У всіх пацієнтів, що перенесли черезміхурову простатектомію, через 1 місяць після операції спостерігалось зниження еректильної функції, пов'язане із загальною післяопераційною “морбідністю”, наявністю в тій чи іншій мірі вираженого дизуричного синдрому.

Слід відмітити, що післяопераційний період у пацієнтів, які перенесли позадулонну простатектомію, відрізнявся “м'якшим” перебігом, в першу чергу за рахунок менш вираженої дизурії.

Аналіз взаємозв'язку між об'ємом видалених тканин та еректильною функцією показав, що ЕД після простатектомії частіше розвивається у пацієнтів з невеликим об'ємом простати (менше ніж 40 см куб.), у яких явища доброякісної гіперплазії супроводжувалися склеротичними процесами та енуклеація вузлів проходила більш травматично.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, простатектомія з приводу ДГП може чинити негативний вплив на чоловічу копулятивну функцію.

- 1 Виявлена кореляція між вираженістю дизуричного синдрому та станом статевої функції (ерекційною здатністю та кількістю статевих актів) після виконання ЧП.
- 2 Хоча корелятивного взаємозв'язку між рівнем андрогенів та станом статевої функції не виявлено, пацієнти з проявами ДГП є особами похилого віку зі всіма особливостями, притаманними для цього періоду (в першу чергу, наявністю синдрому часткової андрогенної недостатності), тому необхідно враховувати можливість розвитку у них ЕД не як ускладнення операції, а як чисто супутньої проблеми.
- 3 Після виконання ПП вираженість дизуричних симптомів зменшується швидше у порівнянні з ЧП (на 13% за перший місяць та на 8% за другий місяць).
- 4 Після ПП виникає ЕД у 18% випадків, після ЧП – у 24% випадків.
- 5 Позадулонна позаміхурова простатектомія, завдяки особливостям її проведення та менш “морбідного” післяопераційного періоду, є більш доцільною з метою збереження статевої функції.

## SUMMARY

*It had been analyzed the influence on sexual function of the retropubic prostatectomy (RP) (40 men) and transvesical prostatectomy (TP) (51 men), because of the benign hiperplasia of the prostate. It had been revealed correlation between the expression of dysuric phenomena and condition of the erectil function. After RP quantity of the points IPSS decreased on 13% more in comparison with TP after a month and on 8% more 3 months later after operation. The erectile dysfunction developed in 18% cases after RP and in 24% cases after TP. The fulfillment RP with the aim to preserve the sexual function is more reasonable.*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Чеканов С.Л. Копулятивна функція після хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози методами черезміхурової простатектомії та трансуретральної електрорезекції// Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія.- 2000.- №1.- С. 34-36.
2. Bieri S., Iselin C.E., Rohner S. Capsular perforation localization and adenoma size of prognostic indicators of erectile  
«Вісник СумДУ», №7 (53), 2003

- dysfunction after transurethral prostatectomy// Scand. J. Urol. Nephrol.- 1997.- V. 31.- P. 545-548.
3. Пивоваров П.И., Кубильос Х., Пушкарь А.М. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний простаты. – Винница: Изд-во “Тезис”, 1999.- 188с.
  4. Mebust W.K., Ackerman R., Barry M.J., Batista J., Bosch R., Boyle P. et al. Symptoms evaluation quality of life and sexuality/ in Cockett A.T.K., Khoury S., Aso Y., Chatelain C., Denis L., Griffiths K. et al. (eds)/ Proc. 3<sup>rd</sup>. int. Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH).- Monaco, 1995.- SCL, 1996.- P. 255-296.
  5. Ухаль М.І. Ерективна дисфункція при урологічних захворюваннях та оптимальні методи її лікування// Урологія.- 1999.- № 3.- С. 63-65.
  6. Лоран О.Б., Сегал А.С. Шкала количественной оценки мужской копулятивной функции (шкала МКФ)// Урол. и нефр.- 1998.- №5.- С. 24-27.

*Надійшла до редколегії 21 лютого 2003р.*