

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Профессор **И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ** и **В. Т. ИВАНОВ**

Из клиники госпитальной хирургии (заведующий - профессор
И. Б. Олешкевич) Витебского медицинского института

За послевоенный период клиника располагает значительным опытом лечения больных аденомой предстательной железы, что дает нам право поделиться своими наблюдениями. С 1947 по 1961 гг. в клинике лечилось 406 больных аденомой предстательной железы. Возраст и стадия заболевания показаны в таблице.

Возраст	Число больных	1-я стадия	2-я стадия	3-я стадия
До 60 лет	52	12	32	8
61—70 лет	173	34	115	24
71—80 лет	125	25	74	26
81—90 лет	43	—	25	18
Старше 90 лет	13	—	6	7
Всего:	406	71	252	83

Из приведенной таблицы видно, что 44,6 проц. больных были в возрасте старше 70 лет со второй и третьей стадиями заболевания.

Больные первой стадией болезни жаловались на дизурические расстройства. Почти все они находились в удовлетворительном состоянии. Проба по Зимницкому не давала отклонений от нормы; остаточный азот, мочевина, хлориды и сахар крови были в пределах нормальных цифр. При цистоскопии, кроме трабекулярного строения мочевого пузыря и тригонита у 16 больных, никаких других отклонений от нормы не обнаружено. Из 27 больных кетостеронды были понижены у 18 и повышены у 9 больных.

У больных со второй стадией отмечались частые и болезненные мочеиспускания, особенно в ночное время, истощение струи мочи. 138 больных этой группы поступили с острой задержкой мочи, а остальные имели остаточную мочу. Общее состояние этих больных в большей или меньшей степени было тяжелым. Остаточный азот и мочевина крови оказались повышенными у 48 больных; хлориды и сахар крови были в пределах нормы. Пиурия наблюдалась у 162 больных, гематурия — у 76. Проба по Зимницкому у 85 больных обнаружила гипостенурию. Хромоцистоскопия произведена 88 больными, из которых у трех найдены конкременты; у большей части больных обнаружены цистит и трабекулярное строение мочевого пузыря; ложные дивертикулы стенки мочевого пузыря оказались у 4, у 36 больных — выпячивание и нависание средней доли предстательной железы. 68 больных имели пониженную функцию почек (запаздывание индигокармина). У 136 больных был лейкоцитоз, у 172 — ускоренная РОЭ. Кетостеронды оказались пониженными у 15, повышенными — у 4 и в пределах нормы — у 2 больных.

Все больные с третьей стадией болезни в клинику поступили в тяжелом состоянии. У них наблюдалась парадоксальная пиурия, с наличием гнойной и зловонной мочи. Моча имела низкий удельный вес (1002—1004). Температура у некоторых достигала 40° и носила гектический характер. Со стороны крови отмечались анемия, высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и ускоренная РОЭ. Хлориды крови были пониженными, количество сахара в крови снижалось до 50 мг/проц., остаточный азот повышался до 130 мг/проц. Из 9 больных кетостеронды оказались пониженными у 7 и повышенными у 2 больных. Указанные изменения свидетельствуют не только о наличии почечной недостаточности, но и о глубоком нарушении обменных процессов в организме больных.

Лечение больных аденомой предстательной железы нами строго индивидуализировалось. Из 406 больных операции подверглись 332 и лечились консервативно 74 больных. Характер оперативных вмешательств: двухмоментная аденомэктомия произведена 211 больным, одномоментная — 75, наложен надлобковый свищ 46 больным.

Из 71 больного с первой стадией болезни 63 лечились консервативно. В зависимости от гормонального профиля больные ежедневно получали по 60 мг синестрола внутримышечно или метилтестостерон в таблетках по 30 мг 2 раза в день. Курс лечения продолжался 60 дней. В результате лечения состояние больных улучшилось, дизурические явления прекратились и они выписались в хорошем состоянии. Наши наблюдения показали, что синестрол оказался более эффективным лечебным препаратом, чем метилтестостерон.

211 больным предстательная железа удалена двухмоментно, из них у 185 была вторая и у 26 больных — третья стадия болезни. Второй этап операции при третьей стадии мы выполнили у тех больных,

состояние которых улучшилось после проведенного консервативного лечения.

Одномоментную огерацию мы произвели 75 больным, причем 8 из них были с первой и 67 больных со второй стадией заболевания. В последнее время одномоментная аденомэктомия нами стала применяться чаще.

Как первый, так и второй этапы операции выполнялись под местной анестезией по методу А. В. Вишневого. При втором этапе сначала вводили 100 мл 0,25-проц. раствора новокаина в область предстательной железы со стороны промежности, затем послойно инфильтровали ткани передней стенки живота и, наконец, по вскрытии мочевого пузыря опрыскивалась область предстательной железы со стороны слизистой.

Предварительно мы производили двухстороннюю вазэктомию для предупреждения орхоэпидидимита. После удаления железы, к ложу ее подводился марлевый тампон, смоченный горячим физиологическим раствором. На стенку мочевого пузыря и апоневроз накладывались кетгутовые швы, которые временно остались незавязанными. Затем тампон из полости пузыря удалялся и в полость его вводилась толстая резиновая трубка с надетой на нее резиновой муфтой. Кетгутовые швы, наложенные на стенку пузыря и апоневроз, завязывались, причем одним швом резиновая трубка через муфту подшивалась к апоневрозу. После этого на кожу накладывались шелковые швы, одним из которых прошивалась муфта. Постоянный катетер в мочевой пузырь мы не вводим.

В конце операции всем больным переливалось 200—250 мл консервированной крови. В послеоперационном периоде применялись антибиотики и сердечные средства. На 10—12-й день в мочевой пузырь вводился постоянный катетер, резиновый дренаж удалялся, надлобковый свищ стягивался лигким пластырем, через 5—6 дней заживал, после чего постоянный катетер удалялся.

Из 83 больных с третьей стадией аденомы у 46 операция заключалась в наложении надлобкового свища и 11 больных лечились консервативно (26 больным произведена двухмоментная аденомэктомия).

После второго этапа операции умерло 3 больных. Причиной смерти у одного больного явилась пневмония и у 2 необратимые изменения в органах мочеполовой системы. Среди больных, оперированных одномоментно, летальных исходов не было.

11 больных, леченных консервативно, выписались с улучшением. Из 46 больных с надлобковыми свищами у 24 свищи закрылись, мочеиспускание восстановилось естественным путем и они в удовлетворительном состоянии выписались; 7 больных старше 80 лет выписаны с незажившими свищами. Остальные 15 больных были в необратимом уросептическом состоянии и все они умерли. На аутопсии у них обнаружены — пиелонефрит, апостоматозный нефрит и уросепсис.

Результаты при всех методах лечения таковы: из общего числа больных (406) выписалось 388 (95,6 проц.) и умерло 18 больных (4,4 проц.). Из числа радикально оперированных больных (286) умерло 3, что составляет 1 проц. послеоперационной летальности.

Произведено гистологическое исследование удаленных аденом у 27 больных, из них после лечения синестролом — у 19 и после применения метилтестостерона — у 8 больных. Во всех случаях после применения синестрола отмечено наличие атрофии железистой ткани и замена ее разрастающейся фиброзной соединительной тканью.

При гистологическом исследовании препаратов, после лечения метилтестостероном, обнаружены изменения такого же характера, как и у больных первой группы, но в менее выраженной степени.

ВЫВОДЫ

1. Как показали наши наблюдения, гормональная терапия оказалась эффективной как в ранней, так и в поздней стадии аденомы предстательной железы.

2. Большая часть больных аденомой предстательной железы подлежит оперативному лечению — аденомэктомии, производимой в один или два этапа. Лучшие непосредственные результаты дает одномоментная операция, однако к ней следует ставить правильные показания. Ослабленных и старческого возраста больных лучше оперировать двухмоментно.

3. У больных с тяжелыми осложнениями со стороны мочеполовой системы оперативное вмешательство должно ограничиваться наложением надлобкового свища с последующим проведением энергичного консервативного лечения (антибиотики, сердечные средства, синестрол и др.).
