

Изъ факультетской хирургической клиники Казанскаго университета.

## Случай черезпузырной простатэктоміи \*)

Д-ръ Н. А. Рогозинскій.

*М.М. Т.Т.!*

Сегодня я буду имѣть честь демонстрировать Вамъ больного, оперированнаго въ факультетской хирургической клиникѣ по поводу бывшей у него гипертрофіи предстательной железы.

Какъ Вы знаете, гипертрофія предстательной железы является весьма частымъ заблѣваніемъ. По статистическимъ даннымъ Thompson'a и Guyon'a, 34% стариковъ свыше 60 лѣтъ имѣютъ гипертрофированную простату и, хотя болѣзненные симптомы встрѣчаются только, приблизительно, у половины изъ нихъ, все же цифра простатиковъ, нуждающихся во врачебной помощи, весьма почтенна. При радикальномъ удаленіи гипертрофированной предстательной железы въ настоящее время достигнуты поистинѣ блестящіе результаты. Тѣмъ болѣе страннымъ можетъ показаться то обстоятельство, что нашъ случай радикальной простатэктоміи является, насколько мнѣ извѣстно, первымъ въ Казани, и *факультетская хирургическая клиника тщетно старалась почти въ продолженіи двухъ лѣтъ получить случай для производства этой операции*; хотя въ одной Казани, примѣняя данныя Thompson'a, должно быть около двухсотъ простатиковъ и, разумѣется, извѣстная часть ихъ, для которыхъ, по современному состоянію науки, вполне показана радикальная помощь, получаютъ помощь паллиативную, ввидѣ катетеризаціи, бужировація и прочихъ способовъ консервативнаго леченія, способовъ весьма тягостныхъ для боль-

\*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 31 марта 1911 года.

ныхъ, часто бесполезныхъ и нерѣдко дающихъ такія непріятныя осложненія, какъ ложные ходы, циститъ, піелонефритъ и пр.

Вопросъ объ этиологіи гипертрофіи предстательной железы можетъ считаться однимъ изъ самыхъ интересныхъ вопросовъ, но, къ сожалѣнію онъ до сихъ поръ не выясненъ.

По теоріи Guyon'a (Lannois), гипертрофія предстательной железы обусловливается артеріосклерозомъ мочевыхъ путей и болѣзненные симптомы бывають не отъ увеличенія простаты, а отъ артеріосклероза мочевого пузыря.

Verreaux видѣлъ въ гипертрофіи предстательной железы образованіе фиброміомъ.

Объ эти теоріи въ настоящее время отвергнуты почти всѣми, какъ совершенно невѣрныя.

Albarran Motz и другіе думаютъ, что при гипертрофіи предстательной железы имѣется новообразованіе железистыхъ альвеолъ и образованіе аленомъ.

Veszpremi на основаніи микроскопической картины гипертрофированныхъ железъ, утверждаетъ, что измѣненія въ нихъ обусловлены воспалительнымъ процессомъ.

Rovsing думаетъ, что гипертрофія предстательной железы вызывается рефлекторной попыткой организма уравновѣсить ухудшеніе простатическаго секрета увеличеніемъ его количества, слѣдствіемъ чего и является разрастаніе железистыхъ элментовъ.

Герценъ, предполагая при гипертрофіи простаты воспалительноподобный процессъ и справедливо отвергая предположеніе Sziechanowsk'aго, видающаго въ основѣ этого заболѣванія гоноройный простатитъ \*), предлагаетъ свою теорію. Онъ указываетъ на то, что секретъ предстательной железы выбрасывается при совокупленіи и въ старости получается несоотвѣтствіе между отдѣленіемъ простатическаго секрета съ одной стороны и изверженіемъ сѣмени съ другой. Словомъ, получается застой простатическаго секрета, а послѣдній (главнымъ образомъ, соержащійся въ немъ лецитинъ), дѣйствуя хемотактически на лейкоцитовъ, (Posner), вызываетъ воспалительноподобныя измѣненія въ эпителии и стромѣ железы. Измѣненія эти начинаются раньше въ эпителии.

Всѣ гипертрофированныя предстательной железы, по ихъ микроскопической картинѣ, Veszpremi дѣлитъ на двѣ группы.

Къ первой, болѣе многочисленной, относятся большія мягкія железы, состоящія изъ массы железистыхъ альвеолъ, отграниченныхъ другъ отъ друга тонкими прослойками соединительной ткани съ примѣсь гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Нѣкоторыя изъ альвеолъ

\*) Baskai изъ 38 больныхъ, имѣвшихъ гонорею, обнаружили только у двухъ гипертрофію предстательной железы, а изъ 139 неболѣвшихъ гонореей — у 21-го была гипертрофія

сильно растянуты, образуя кисты, иногда видимыя невооруженнымъ глазомъ. Какъ и въ нормальныхъ железахъ, въ просвѣтъ альвеолъ вдаются ворсинки, состоящія изъ нѣжной соединительной ткани, покрытыя, какъ и стѣнки альвеолъ, однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Эпителій кистъ—большей частью кубическій, изрѣдка—однослойный плоскій.

Содержимое альвеолъ и кистъ представляеть зернистую массу, иногда заключающую въ себѣ сограга аmylasea и гялиновую субстанцію.

Въ нѣкоторыхъ препаратахъ, особенно вокругъ сосудовъ, имѣется круглоклѣтчатковая инфильтрація.

Ко второй группѣ относятся железы, состоящія почти сплошь изъ соединительной ткани. Железистыя альвеолы въ этихъ простатахъ представляются сжатыми и атрофированными. Число ихъ весьма ничтожно. Онѣ часто содержатъ сограга аmylasea, при чемъ послѣднія иногда могутъ лежать свободно среди соединительной ткани.

Между представителями этихъ двухъ группъ существуетъ, конечно, много переходныхъ формъ.

Въ нашемъ случаѣ, въ предстательной железѣ есть участки, состоящіе сплошь изъ железистыхъ альвеолъ и есть участки, состоящіе изъ соединительной ткани съ очень небольшимъ количествомъ железъ.

Прежде чѣмъ приступить къ исторіи болѣзни нашего больного, я позволю себѣ затруднить Ваше вниманіе возможно краткимъ изложеніемъ тѣхъ способовъ радикальнаго изсѣченія предстательной железы, каковыми пользуется современная хирургія.

О методахъ консервативнаго леченія и объ операціи Bottini, какъ не радикальной и дающей часто сомнительные результаты, я говорить не буду.

Въ настоящее время, если такъ можно выразиться, конкурируютъ двѣ операціи: чрезпузырная простатэктомія, произведенная въ 1900-мъ году англійскимъ хирургомъ Freyer'омъ и промежностная простатэктомія, предложенная еще въ 90 хъ годахъ прошлаго столѣтія французскими хирургами съ Albarran'омъ во главѣ.

По послѣднему способу, къ предстательной железѣ подходятъ со стороны промежности. Произведя овальный кожный разрѣзъ отъ одного сѣдалищнаго бугра къ другому, разсѣкаютъ ткани между прямой кишкой и уретрой. Дойдя до железы, вскрываютъ ея капсулу по средней линіи и возможно болѣе освобождаютъ ее съ боковъ и сзади; затѣмъ железу разрѣзаютъ по средней же линіи, вмѣстѣ съ простатической частью уретры, вводятъ въ пузырь палецъ и, руководствуясь имъ, изсѣкаютъ одну, а потомъ другую долю железы; послѣ этого низводится средняя доля. На уретру иногда накладываютъ швы и вставляютъ дренажъ.

Надо замѣтить, что удаленіе боковыхъ долей простаты является задачей нелегко выполнимой, если задаться цѣлью удалить ихъ цѣликомъ.

Обыкновенно оперирующій принужденъ бываетъ железу вусковать, что, конечно, отражается на результатѣ операціи. Смертность при ней въ общемъ равна 9%. Въ рукахъ Albarran'a она не выше 4%, а Junng въ 1908-мъ году опубликовалъ 231 случай со смертностью въ 2,9%.

Несмотря на то, что смертность при этой операціи вообщемъ меньше приблизительно на 3%—4%, чѣмъ при чрезупузырной простатэктоміи, послѣдняя въ настоящее время завоевываетъ больше сторонниковъ, благодаря получающемуся при ней лучшему функциональному результату.

Главными ея достоинствами являются радикальность, отсутствіе прямокишечныхъ свищей, бывающихъ, по нѣкоторымъ авторамъ, въ 2%—5% при промежностной простатэктоміи и цѣлость сѣмявыбрасывающихъ протоковъ, при условіи правильнаго производства этой операціи.

Такъ какъ сѣмявыбрасывающіе протоки при промежностной простатэктоміи неизбѣжно ранятся, то, желая избѣгнуть этого, Rudiger и Junng предложили свой способъ удаленія предстательной железы, по которому боковыя доли вырѣзываются черезъ два параллельныхъ разрѣза на  $\frac{1}{2}$ —1 сант. по бокамъ мочевода. При этой операціи сѣмявыбрасывающіе протоки дѣйствительно остаются неповрежденными, „но наша цѣль“, какъ справедливо замѣчаетъ Герценъ, „должна быть не въ томъ, чтобы отъ полной простатэктоміи возвратиться къ частичной а, наоборотъ,—въ томъ, чтобы радикально избавить больного отъ увеличеннаго органа, дающаго такіе угрожающіе симптомы, какъ циститъ, піелонефритъ, интоксикація мочей и такъ часто поражающагося ракомъ“.

Техника чрезупузырной простатэктоміи заключается въ слѣдующемъ: вскрываютъ пузырь, какъ при высокомъ камнеcѣченіи, вводятъ въ него палець, надрываютъ близъ *orificii interni* слизистую и вылуцаютъ железу съ капсулой изъ простатического ложа \*). Никогда не надо удалять железу сразу, а по возможности пада верхнюю стѣнку мочевода; боковыя и нижнюю удалять только тогда, когда обѣ доли будутъ отдѣлены сзади и спереди отъ простатического ложа и отъ фиброзаго язычка у мочеполового треугольника, содержащаго въ своей толщѣ сѣмявыбрасывающіе

---

\*) Такъ думаетъ Freier и многіе другіе. Tandler и Zuckerkandl утверждаютъ, что простатэктомія заключается не въ удаленіи всей предстательной железы, а въ вылуцении изъ массы ея гипертрофированныхъ частей, исходящихъ изъ средней доли.

протоки. Рану иногда тампонируют и въ пузырь вставляют дренажъ. Въ сильно инфицированныхъ случаяхъ Fuller совѣтуетъ проводить дренажъ со стороны промежности.

Смертность при этой операциі въ общемъ равна 13%, при чемъ иужно принять во вниманіе, что значительная доля смертей во всѣхъ статистикахъ падаетъ на періодъ разработки техники этой операциі. Freyer въ 600 случаяхъ имѣлъ 6% смертности, а въ послѣднихъ 212 опубликованныхъ случаяхъ—4,5%; Fuller—5%; Israel въ 40 случаяхъ—15% смертности. Kummel съ 1902 г.—1906 г.—40%, а съ 1906—1910—15%. Функциональный результатъ при этой операциі прекрасенъ: Thomas въ 583 случаяхъ имѣлъ 95,6% полного выздоровленія.

Что же касается того, какіе случаи гипертрофіи предстательной железы не подлежатъ радикальному лѣченію, то, по мнѣнію Kauser'a, сюда относятся I—всѣ случаи въ первой стадіи болѣзни, т. е. тогда, когда нѣтъ остаточной мочи; (эти случаи подлежатъ консервативному леченію). II—Сильная общая слабость, III—сильно выраженный артеріосклерозъ, IV—пелонефритъ; V—старческое слабоуміе, VI—сильный бронхитъ и VII недостаточная дѣятельность почек—операцию противопоказуютъ. Циститъ не служитъ препятствіемъ для производства операциі. Въ томъ случаѣ, когда пузырь чрезмерно растянутъ и сильно инфицированъ, можно оперировать въ два приѣма: сперва произвести высокое сѣченіе, дать пузырю отдохнуть, а затѣмъ, спустя нѣсколько недѣль удалить железу.

Больной К. Е. С.—овъ\*), 64 лѣтъ, поступилъ 26 января 1911 года въ факультетскую хирургическую клинику съ жалобой на внезапную задержку мочи, случившуюся съ нимъ 20-го января, Больной передъ этимъ былъ на свадьбѣ, гдѣ нѣсколько злоупотребилъ спиртными напитками. Вернувшись домой, онъ почувствовалъ сильный позывъ къ мочеиспусканію и сильнѣйшую боль въ мочевомъ пузырьѣ съ иррадіаціей въ головку члена. Несмотря на всѣ усилія, моча у него не выдѣлялась, вслѣдствіе чего онъ принужденъ былъ пригласить врача, который и выпустилъ мочу катетеромъ. Задержка продолжалась пять дней. Два года назадъ больной имѣлъ такую же самую задержку мочи и при такихъ же обстоятельствахъ, продолжавшуюся около четырехъ дней.

Считаетъ себя больнымъ уже 5 лѣтъ. Сперва онъ замѣтилъ, что началъ чаще мочиться, особенно ночью. Спустя нѣкоторое время, позывъ еще участился, моча перестала выдѣляться сильной струей и для того, чтобы вызвать мочеиспусканіе, больной долженъ былъ сильно жидиться, надавливать на головку члена и т. п.

\*) Больной присланъ докт. Неуступовымъ изъ с. Букмаръ Мамадышскаго уѣзда.

Въ настоящее время онъ мочится 20—25 разъ въ сутки. Моча у него течетъ по каплямъ или очень слабой струей. Венерическихъ болѣзней больной не имѣлъ. Къ совокупленію неспособенъ уже четыре года. Въ остальномъ считаетъ себя здоровымъ.

Ростъ больного—2 арш.  $6\frac{1}{2}$  верш. Тѣлосложеніе правильное. Вѣсъ 77 kgr. Окружность груди—100 сант: окружность живота—104 сант. Температура—нормальная. Пульсъ—70, ровный, хорошаго наполненія. Лимфатическія железы не увеличены. Сосуды слегка склерозированы. Со стороны нервной системы—увлоненій отъ нормы нѣтъ. Зубы—хорошіе (31). Органы грудной и брюшной полости увлоненій отъ нормы не представляютъ. Предстательная железа величиной съ небольшое яблоко, плотновата на ощупь и слегка бугриста, при чемъ лѣвая доля нѣсколько больше правой.

Моча-насыщеннаго желтаго цвѣта. Удѣльный вѣсъ—1022. Бѣлка, сахара, желчи и индикана не содержитъ. Осадковъ: много слизи и небольшое количество лейкоцитовъ. Крови нѣтъ. Почки не увеличены. Мочепускательный каналъ 29 см. Въ пузырьѣ 120 с. с. остаточной мочи.

3 п.—Больному дано слабительное.

4 п.—Пузырь промытъ  $\frac{1}{1000}$  растворомъ *Arg. nitrici*. Клизма.

5 п.—Проведена профессоромъ Геркеномъ операція подъ хлороформныхъ наркозомъ. Пузырь наполненъ чрезъ катетеръ теплымъ растворомъ борной кислоты. Сдѣлано надлобковое сѣченіе и во вскрытый пузырь введенъ палецъ правой руки, а въ прямую кишку—указательный палецъ лѣвой, которымъ преподнята вверху простатическая часть уретры. Слизистая пузыря надорвана близъ *orif. inter.* надъ правой долей железы. Затѣмъ послѣдовательно были вылучены правая, лѣвая и средняя доли. Пузырь промытъ нагрѣтымъ до  $40^{\circ}$  растворомъ борной кислоты и подшитъ тремя кетгутовыми швами къ передней брюшной стѣнкѣ. Вставленъ толстый дренажъ. Повязка. Рвоты послѣ операціи не было. Вечеромъ впрыснуть морфій.

6 п.—Перевязка. Перевязочный матеріалъ сильно пропитанъ кровавистой мочей.

Изъ уретры за ночь выдѣлилось около 3-хъ унцій крови. Въ дренажную трубку введенъ катетеръ и пузырь промытъ борнымъ растворомъ. При этомъ выдѣлилось довольно много сгустковъ крови. Самочувствіе удовлетворительное  $t^{\circ}=37,4^{\circ}$ ;  $P=84$ .

7 п.—Пузырь промытъ растворомъ борной кислоты. Выдѣлилось нѣсколько сгустковъ крови. Самочувствіе хорошее.

8 п.—Крови меньше. Много слизи. Получаетъ обычную пищу.

9 п.—Пузырь промытъ чрезъ уретру.

10 п.—Вынутъ дренажъ. Промывва. Самочувствіе хорошее.

11 п.—Сняты швы. Края раны немного разошлись. Пузырь промыть через уретру.

13 п.—Края раны инкрустировались мочевыми солями. Смазаны Argent. nitric. in subst.

15 п.—Пузырь промывается через уретру. Отдѣляется слизь.

18 п.—Пузырь промыть  $\frac{1}{10000}$  растворомъ Arg. nitric-

20 п.—Моча идетъ частью через уретру, частью через рану.

Рана гранулируетъ очень хорошо.

22 п.—Пузырь промыть через уретру Arg. nitric.  $\frac{1}{1000}$ .

26 п.—Повязка сухая.

28 п.—Въ рану вставляется тампонъ, смоченный перувианскимъ бальзамомъ.

2 III.—Мочится 6—7 разъ днемъ и раза 3—нчью безъ боли и совершенно свободно. Ходить.

10 III.—Рана закрылась.

Результатъ операціи, по нашему мненію, вполне удовлетворителенъ. Больной мочится 9—11 разъ въ сутки. Остаточной мочи нѣтъ. Никакихъ затрудненій при мочеиспусканіи не чувствуетъ. За послѣднее время по утрамъ у него появились сильныя и продолжительныя эрекціи. Послѣоперационное теченіе болѣзни было безлихорадочное.

#### Печатные источники.

P. Kayser. Klinische Beiträge zur Prostatachirurgie (Beiträge zur klinischen Chirurgie, Dez. 1910).

Tandler und Zuckerkandl-Anatomische Untersuchungen über die Prostatahypertrophie (Folia urologica, № 9, 1911 г.).

P. Steiner. Beiträge zur Prostataectomie nach Freyer (Folia Urologica, № 8, 1911 г.).

D. Veszprémi. Beiträge zur Histologie der Prostatahypertrophie (Folia urologic. № 8, 1911 г.).

П. Герценъ. О гипертрофіи предстательной железы и о ея леченіи. (Хирургія № 165—1910 г.).

L. Casper. Учебникъ урологіи.