

Из Хирургической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей

(директор проф. В. Л. Боголюбов)

О патогенезе и лечении гипертрофии предстательной железы.

Прив.-доц. Ю. А. Ратков.

Так называемая гипертрофия предстательной железы, по мнению многих авторов, встречается у одной трети мужчин, достигших преклонного возраста. Явления простатизма свойственны вообще старческому возрасту; как думают некоторые, они наблюдаются у большинства стариков. Это невинное, казалось бы, страдание, почти „физиологическое“, чревато, однако, для многих тяжелыми осложнениями и часто обрывает жизненный путь старика. Отсюда ясно огромное практическое значение вопроса о лечении гипертрофии предстательной железы (г. п. ж.).

Каждый мыслящий врач, естественно, стремится познать болезнь прежде, чем лечить. Принципы лечения в конце концов отвечают установившимся взглядам на причины и сущность болезни.

Что такое гипертрофия предстательной железы (г. п. ж.)? Название болезни, к сожалению, ничего не говорит о сущности ее. Чем вызвано увеличение железы, наступающее при закате жизни? Если это простая гиперплазия тканей, почему она с такой закономерностью наблюдается только в предстательной железе и в определенном возрасте? Или мы имеем дело с новообразованием железы, в большинстве случаев, видимо, доброкачественным? Вот, в сущности, основной вопрос, от решения которого зависит лечение. Чем ближе врач к познанию истины, тем эффективнее его помощь. Если мы стремимся к терапии каузальной, мы должны знать, какая причина вызывает увеличение предстательной железы в старости. Одна ли это причина или их несколько? Ответ на эти волнующие вопросы, по современному состоянию наших знаний, пока не может быть дан в ясной форме. Тем не менее можно сказать, что в большинстве случаев мы имеем дело с доброкачественным новообразованием железы. Это с определенностью доказывает гистологическое исследование удаляемых желез, обнаруживающее строение аденомы или фиброаденомы.

Но далеко не всегда можно высказаться с уверенностью о характере строения гипертрофированной железы. Во многих случаях можно говорить только о гиперплазии железистой ткани; часто отмечаются элементы воспаления. Стало быть, если в большинстве случаев мы можем с уверенностью говорить о новообразовании, то в других случаях мы отмечаем простую гиперплазию железистой ткани, вызванную различными моментами.

Каковы эти причинные моменты такой простой гиперплазии тканей, почему-то не наблюдаемой в других органах человеческого тела? Их несколько.

То обстоятельство, что г. п. ж. встречается, как правило, в преклонном возрасте и никогда не наблюдалась у молодых, естественно, толкало мысль в определенном направлении. Г. п. ж. есть одно из проявлений угасания жизни организма. Это, конечно, неоспоримо, но какая связь между увеличением одного органа и угасанием функций других? Наи-

более обоснованной теорией, лучше всего поясняющей кажущееся противоречие в живом организме, является эндокринная компенсаторная теория. Г. п. ж., согласно этой теории, является ответной реакцией в виде компенсаторного увеличения ткани железы на развивающуюся в старости атрофию яичек. Остается все же неясным, почему при угасающей функции половых органов, предстательная железа не атрофируется, а, наоборот, увеличивается. За последние годы большинство исследователей склоняется к тому, что действительно в пожилом возрасте наступает атрофия железы. Организм компенсирует развивающуюся атрофию п. ж. гипертрофией маленьких парауретральных простатических железок, занимающих место атрофированной железы. Таким образом, согласно этому взгляду, мы при операции удаляем не предстательную железу, а увеличенные парауретральные железы. Сама предстательная железа, атрофированная, истонченная, составляет как бы капсулу для опухоли. Этот новый, безусловно, интересный, взгляд получил подтверждение на многих экспериментах (рост добавочн. желез при удалении простаты) и клинических наблюдениях (рецидивы после тотальной экстирпации). Другим связующим звеном между старостью и г. п. ж. является, по видимому, сосудистая система. Наступающий в старости склероз сосудов может вызвать изменения в паренхиме железы. По какой причине, однако, при склерозе сосудов железа гипертрофируется, остается непонятным. И почему при общем склерозе мы не наблюдаем гипертрофии других органов. Скорее можно допустить, что склероз сосудов влечет к атрофии органа, к сморщиванию его при недостаточности питания. Явления, характерные для гипертрофии п. ж., нередко наблюдаются и при нормальных размерах железы, а также при атрофии ее (*prostatisme sans prostate*). Для объяснения этого парадоксального факта приходится допустить, что в механизме расстройств, наблюдаемых при атрофии п. ж., большую роль играют изменения со стороны мочевого пузыря и сфинктера. Теория склероза нам обычно кажется более всего приложимой к тем случаям, когда мы наблюдаем явления простатизма *sans prostate*, или когда железа оказывается уменьшенной. Надо предположить, что нарушение питания сказывается на функции как детрузора, так и сфинктера. Расстройства акта мочеиспускания, столь типичные для г. п. ж., могут развиваться у людей не только как следствие механического препятствия для оттока мочи, в виде опухоли п. ж., но и в силу различных других причин. Сюда следует отнести расстройства иннервации детрузора и сфинктера, слабость детрузора, отек сфинктера, воспалительные рубцовые изменения в области сфинктера и т. д. Сложный акт мочеиспускания, в котором участвует много компонентов, главным образом, сосудистая и нервная система, легко теряет свою гармоничность при нарушении питания и иннервации.

Таким образом, теория склероза, неприменимая, собственно, к объяснению гипертрофии п. ж., имеет много данных для понимания старческого простатизма. Дизурические явления, характерные для г. п. ж., развиваются иногда в молодом возрасте, при нормальной п. ж. и зависят большей частью от хронического воспаления в области таза, пузыря или от ряда нервных моментов, вызывающих контрактуру сфинктера. Длительная хроническая контрактура в конце концов влечет за собой те же последствия, как г. п. ж. Наконец, не остается без влияния на акт

мочепускания хроническая инфекция предстательной железы. Старые авторы склонны были связать развивающуюся в старости гипертрофию п. ж. с перенесенной в молодости инфекцией. Подтверждением этой теории должны были служить те воспалительные изменения, которые очень часто находили при гистологическом исследовании удаленной железы. Простатические явления обязаны чаще всего хронически воспаленной предстательной железе. Это т. н. простатизм. Простатизм нельзя смешивать с г. п. ж., что так часто наблюдается среди врачей. Явления простатизма составляют только часть клинической картины гипертрофии п. ж. Г. п. ж. развивается далеко не у всех простатиков, перенесших в молодости гонорею. Гонореей болеет, по данным больших статистик, едва ли не $\frac{3}{4}$ мужского населения, гипертрофией п. ж. заболевают все же значительно меньше. И, наконец, почему хронически воспаленная железа начинает расти только к старости? Воспалительная теория в особенности пострадала за последние годы, когда было доказано, что те же воспалительные изменения находили в удаленных железах у лиц, заведомо не болевших гонореей.

Хорошо известно, что одним из тяжелых осложнений г. п. ж. является инфекция, которая неизбежно развивается с течением времени у больных после катетеризации или самостоятельно (остаточная моча). Т. о. воспалительные изменения в простате развиваются, большей частью, вторично. Однако, нельзя отрицать того, что г. п. ж. у лиц, страдающих хроническим простатитом, наблюдается относительно чаще. Для этого даны все условия как в смысле роста новообразования, так и в смысле дисфункции половых органов.

Наши современные представления о патогенезе г. п. ж. ограничиваются выше приведенными теориями. Жизнь в своем многообразии не может быть охвачена, объяснена одной, хотя бы и самой обоснованной, теорией. Рост тканей, как при г. п. ж. обозначает, большей частью, новообразовательный процесс. Не так редко при этом микроскоп показывает злокачественную опухоль. Некоторые авторы, систематически исследуя удаленные препараты, нашли в одной пятой оперированных случаев раковую опухоль. Мы, на основании своего материала, можем присоединиться к этому.

Как важно помнить об этом практическому врачу, доказывать не приходится. Уже при одном подозрении на скрытно протекающий рак, консерватизму при лечении г. п. ж. нет места. Отсюда, конечно, не следует, что оперировать надо во всех случаях. Это, однако, обязывает врача точнее, детальнее исследовать больного, больше вникать в анализ. Развитие болезни играет немаловажную роль для суждения о том, имеем ли мы дело с новообразованием или простой гипертрофией органа на почве воспалительных, склеротических или эндокринных расстройств. Когда развиваются угрожающие осложнения, практически безразлично, что лежит в основе гипертрофии. Действовать приходится радикально.

Значительные изменения в наших взглядах на патогенез г. п. ж., определившиеся за последние годы, расширили границы оперативного вмешательства при этом страдании.

Совершенно ясно, что при малейшем подозрении на рак простаты операция абсолютно показана. Пока опухоль не проросла капсулы, операция имеет большие шансы на успех. Опорными пунктами

в дифференциальной диагностике являются *боль и плотность опухоли*. Боль при акте мочеиспускания и впе акта является одним из *ранних* признаков рака. При г. п. ж. боли не бывает.

Методика лечения определяется не только характером болезни, но ее течением. „Доброкачественные“ формы г. п. ж. можно с успехом лечить консервативно до тех пор, пока в течении болезни не наступили осложнения, требующие оперативного лечения. Какие это осложнения? Кроме злокачественного перерождения, безусловно показывающего оперативное вмешательство, два осложнения являются, большей частью, показанием к операции: *интоксикация и инфекция*. Крайние степени указанных осложнений скорее противопоказывают оперативное вмешательство. *Диагноз г. п. ж. еще не является показанием к операции. Показанием к операции служат, главным образом, инфекция и интоксикация*. Разумеется, такая упрощенная схема показаний к операции не является законом. Мы хотели бы лишь указать, что высказываемое здесь соображение, проводимое на опыте, отвечает истинному положению вещей. Нет инфекции, нет интоксикации — нет прямых показаний к операции. При чистой стерильной моче, при хорошей функции почек не следует оперировать, хотя имеются большие количества остаточной мочи. Бороться с атонией пузырной мышцы возможно и консервативным путем. Другие, менее тяжелые осложнения, как, например, камни мочевого пузыря и простаты, дивертикул, гематурия, могут служить относительным показанием к простатэктомии. Показанием к операции в редких случаях могут явиться социально-бытовые факторы, препятствующие проведению консервативного лечения.

Хотя очерченный круг показаний к оперативному вмешательству относительно не широк, на самом деле оперировать приходится часто, ибо такова закономерность развития последующих осложнений в течении этого заболевания. Рано или поздно эти осложнения развиваются. Недостаточность почек и восходящая инфекция приводят больных к гибели.

Противопоказаний к операции, именно в тех случаях, где существуют прямые показания, очень много — сам по себе почтенный возраст большинства пациентов, недостаточность сердца, почек, эмфизема легких, бронхиты, артериосклероз. Однако, большинство противопоказаний является относительным. Их необходимо устранить или ограничить хорошей подготовкой к операции. Успех операции во многом зависит от предварительной подготовки.

Как уже выше говорилось, главными показаниями к операции являются инфекция и интоксикация. В резких формах они превращаются в противопоказание к операции. Подготовка больных к операции обозначает планомерную борьбу с инфекцией и интоксикацией.

С этой точки зрения весьма серьезным является вопрос о выборе срока производства операции. Как известно, течение г. п. ж. делится на три стадии.

Трудно, разумеется, провести резкую грань между этими стадиями. В своей практике мы держимся, в общем, следующих правил. *В первой стадии не оперируем, во второй оперируем всегда* при наличии признаков инфекции и интоксикации, если не удастся консервативным путем перевести больного в первый стадию. В третьей стадии

оперируем только при достаточной функции почек после серьезной предварительной подготовки. Чаще всего удается перевести больного из третьего во второй стадий планомерной борьбой с инфекцией и интоксикацией. Лучшим средством против обоих осложнений является, конечно, катетер, применяемый систематически или *à demeure*. Одновременно проводится также промывание пузыря. Повышается тонус пузыря, улучшается функция почек, уменьшается, но крайней мере, количественно, инфекция мочевых путей. Для борьбы с восходящей инфекцией катетер также незаменим. Полезное действие оказывает повышение диуреза и применение дезинфицирующих средств *per os* и внутривенно (*urotropin*). Явления интоксикации заметно убывают. Об этом можно судить по виду и самочувствию больных. Исчезают явления легкой уремии, хорошо известные врачам (головные боли, апатия, потеря аппетита, сухой язык, полиурия). Функция почек во всех случаях должна быть проверена до операции. Мы исследуем, обычно, суммарную функцию по Фольхарду. Ставим также красочную пробу (хромоцистоскопия). Цистоскопия применяется в большинстве случаев. Она способствует выяснению многих интересных нас подробностей (камни, дивертикулы, состояние слизистой пузыря, мочеточниковые устья). Цистоскопия обязательна, если *per rectum* простата прощупывается увеличенной, а клиническая картина соответствует гипертрофии. При цистоскопии мы, в таких случаях, обычно находим увеличенной среднюю долю предстательной железы, сильно выдающуюся в просвет мочевого пузыря. На нашем материале мы много раз наблюдали при цистоскопии гипертрофию средней доли предстательной железы.

Материал, прошедший под нашим наблюдением за последние годы (6 лет), подвергался тщательному исследованию и проводился по единой методике, кратко изложенной здесь. Всего за эти годы прошло через наши руки более ста случаев в стационаре (клиника в больница) и в амбулатории. Оперативное вмешательство мы нашли необходимым применять только в 42 случаях. Во всех остальных случаях проводилось консервативное лечение. Это были, главным образом, начальные формы г. п. ж. или уже во втором стадии, но с чистой мочой, без явлений интоксикации. Под консервативным лечением мы здесь подразумеваем лечение катетеризацией (помимо обычного совета простатикам соблюдать общий и диетический режим). Непосредственные результаты, ближайшие, были хорошими. Отдаленные—проследить нам не удалось. Вообще трудно говорить об отдаленных результатах у почтенных стариков.

Массаж предстательной железой в тех случаях, где в анамнезе отмечалась плохо леченная гонорея, нами не применялся. (Этот метод за последнее время, кажется, всеми оставлен). Не применялась нами и рентгенотерапия. О последнем методе лечения, недавно лишь вошедшем в практику, трудно пока сказать что-либо определенное. Неясны показания и неизвестна дозировка. Волна гравиданотерапии захватила также урологов. Весьма возможно, что применение этого нового средства при простатизме даст хороший эффект. Наблюдения в этом направлении уже ведутся нами. Гораздо меньше шансов ждать эффекта от гравидана при г. п. ж. (по крайней мере, теоретически рассуждая, нельзя ждать ничего от применения того или другого средства при новообразовании, каким в большинстве случаев является г. п. ж.). Немногочисленные

наблюдения, проведенные в нашей клинике, не оставили у нас определенного впечатления. Нельзя отрицать кратковременного улучшения явлений (общее стимулирующее действие гравидана), но чему приписать это улучшение, трудно сказать, ибо одновременно применялся катетер.

Катетер мы считаем самым лучшим методом консервативного лечения г. п. ж. В течение иногда многих лет удается поддерживать удовлетворительное общее самочувствие больных при небольших количествах остаточной мочи.

Из консервативных операций, предложенных при г. п. ж., мы несколько раз применяли двустороннюю перевязку vasis deferentis (vasectomy). Эта небольшая операция, применявшаяся на практике уже давно, не нашла широкого распространения. За последние годы интерес к этой операции снова возрос. Некоторые склонны считать вазектомию самостоятельной операцией, находящей свое обоснование в эндокринной теории происхождения г. п. ж. Другие отрицают всякое самостоятельное значение этой операции. Разумеется, при новообразованиях железы (доброкачественных и злокачественных) вазектомия не может приостановить процесса роста опухоли.

Известным показанием к этой операции могут служить строго подобранные случаи начальных форм г. п. ж., где в основе страдания предполагаются воспалительные изменения или эндокринные расстройства. В некоторых таких случаях мы видели хороший эффект, правда, кратковременный. Гораздо больше значения имеет вазектомия как профилактическое средство для борьбы с послеоперационными эпидидимитами. Во избежание этого неприятного осложнения после операции мы предлагаем вовсе отказаться от катетера.

Эндоуретральная операция при г. п. ж. — давно позабытый старейший метод лечения (рассечение ткани железы уретротомией, устраняющее препятствие для оттока мочи) — снова воскресла в форме эндоуретральной электрокоагуляции. Изменялась методика, но не сущность операции, отвергнутой в свое время, как радикальная и не дающая успеха.

Применение эндоуретральной коагуляции показано преимущественно при атрофии железы, контрактуры шейки пузыря, при т. н. барьере мочевого пузыря.

Для истинной гипертрофии предстательной железы, являющейся большей частью новообразовательным процессом, единственно радикальным лечением является полное удаление железы, простатэктомия, нашедшая за последние четверть века весьма широкое распространение.

Главное, что препятствует более широкому распространению радикального лечения — это почтенный возраст пациентов. Смертность после простатэктомии вначале была очень высокой. Тогда применялся промежуточный путь. Опасности этого доступа — разрыв кишки и мочевого пузыря. Восходящая инфекция являлась серьезным осложнением после операции, унесшим много жертв. Только надлобковый путь, предложенный Фрейером, сделал операцию менее опасной. Надлобковая простатэктомия дает меньший процент смертности. Интересно отметить, что процент смертности, бывший вначале значительным, снизился за последние годы до 5 — 6 — 8%. Первая сотня операций у самого автора, и последующих за ним хирургов, давала во много раз большую смертность, чем последующие. Чем это объяснить? Имеет значение не только улучшение

техники и послеоперационный уход, но, главным образом, правильными подбор случаев и серьезная подготовка к операции. Последние моменты определяют успехи оперативного лечения.

Но для большинства наших пациентов одномоментная операция оказывается не по силам. Недостаточность почек (уремия) и восходящая инфекция (пиелонефрит) часто развиваются вскоре же после операции и кончаются, по большей части, смертью. Надо иметь в виду, что большинство оперируемых стариков имеет инфицированную мочу. Функция почек у них значительно понижена. Кажущееся равновесие сил весьма шатко. Операция быстро выводит многих из строя. Борьба с недостаточностью почек и инфекцией мало реальна. Интересно отметить весьма любопытный факт, что больные с частой стерильной мочой часто оказываются менее устойчивыми к оперативному вмешательству и гибнут от острого гнойного пиелонефрита. Возможно, что при этом имеет значение отсутствие приспособленности старческого организма к борьбе с инфекцией, попадающей в пузырь при операции, быстро восходящей по мочевым путям. Распространение инфекции на почки облегчается существующим всегда при п. п. ж. значительным расширением мочеточников и лоханок.

Учитывая опасность одномоментной простатектомии, в особенности в более запущенных случаях, многие хирурги производят операцию в два момента.

Первый момент операции, высокое сечение пузыря, переносится больными легко. Операция во всех случаях производится под местной инфльтрационной анестезией. Отверстие в пузыре не надо делать очень большим. Нужно, чтобы пузырная рана плотно обхватывала широкую толстостенную дренажную трубку. В таком случае удается нередко держать больного сухим. Дренажная трубка отводит мочу в сосуд с водой, куда она поступает по сифону. При наличии инфекции пузырь ежедневно промывается до тех пор, пока моча не делается макроскопически чистой. Обычно через 2—3 недели производится второй момент операции — экстирпация железы. За время между первой и второй операцией значительно уменьшаются явления интоксикации, моча становится чище. Т. о. послеоперационная смертность немного снижается. За последние годы мы почти исключительно оперируем по двухмоментному способу и не потеряли ни одного больного, в то время, как при одномоментном способе смертность в прежние годы у нас достигала 8—10%.

Правда, материал наш не так велик, чтобы на основании его строить определенные выводы. Тем не менее мы — за двухмоментный способ, несмотря на то, что при этом способе пребывания больных на койке затягивается на много времени, в среднем — 45—50 дней.

Несколько деталей в технике простатектомии заслуживают известного внимания. При втором моменте операции нами применяется спинно-мозговая анестезия. Воистину возможно применение местной инфльтрационной анестезии по методу Вишневского. Однако она отнимает много времени и не всегда сопровождалась у нас полным успехом. Под спинно-мозговой анестезией вся операция отнимает 10—15 минут. Пузырный связок под влиянием рубцового процесса оказывается часто недостаточным для манипуляций в пузыре. Его приходится при втором моменте операции расширять кнузу. Сливаясь пузыря надсекается ножом ближе к внутреннему сфинктеру. Выделение железы может представить известные трудности при наличии рубцового процесса вокруг. Важно всегда по-

часть в слой и выделить железу туго из капсулы. Кровотечение из простатического ложа часто бывает значительным. Мы применяем всегда орошение пузыря горячим раствором. Ложе пузыря тампонируется рыхло. В борьбе с последующим кровотечением в полость пузыря мы чаще всего прибегаем опять-таки к горячим орошениям. Внутрь — кровеостанавливающее. Угрожающего жизни кровотечения мы на нашем материале не наблюдали. Можно в таких случаях рекомендовать, кроме местных средств, переливание крови.

Следует отметить, что при двухмоментной операции мы не наблюдали значительных кровотечений в послеоперационном периоде и склонны поставить это в связь с наступающим сокращением мочевого пузыря после первой операции, с возможной ретракцией предстательной железы, сморщиванием ее.

Нужен ли катетер à demeure после операции? Этот вопрос был поднят на страницах печати несколько лет тому назад не напрасно. Двусторонний гнойный эпидидимит и орхит наблюдаются нередко после операции и обязаны своим возникновением катетеру. Не лучше ли отказаться от него? Смысл катетера à demeure, главным образом, в том, чтобы вокруг него регенерировалась поврежденная уретра. Опасение, что без катетера не восстановится уретра, является преувеличенным. Даже в тех случаях, когда вместе с железой удаляется часть уретральной трубки, происходит полное восстановление, без сужения канала. Концы поврежденной уретры находят друг друга. Самостоятельное мочеиспускание без катетера, обычно, появляется уже к концу второй недели после операции и затем происходит нормально.

За последние три года мы почти совершенно отказались от катетера после операций и не имеем оснований раскаиваться в этом. Катетер, по нашему мнению, может быть показан в тех случаях, когда медленно и вяло идет заживление пузырного свища.

Резюмируя все сказанное, мы должны отметить, что надлобная простатэктомия (двухмоментная) далеко не является идеалом оперативного лечения г. п. ж. Отрицательные стороны этой операции — длительный послеоперационный период, долго незаживающие пузырные свищи.

Это заставляет многих хирургов снова пересмотреть свое отношение к промежностной простатэктомии. Последняя получила большое распространение за последние годы в Америке (Юнг). Промежностный путь значительно сокращает мучительный послеоперационный период. Опасность кровотечения при этом способе незначительна и легко устранима.

Техника промежностной эктомии сложнее надлобковой. Труден доступ к железе. Для облегчения доступа применяются особые щипцы (подобие штопера), подвигающие железу ближе к оператору. Тяжелым осложнением, которое часто можно встретить при промежностной операции и очень редко при надлобковой, является ранение кишки (пузырно-прямокишечный свищ). Указанные технические трудности (вовне преодолимые) и возможные осложнения послужили причиной того, что промежностный путь у нас в СССР не получил широкого распространения. Этот путь, однако, является совершенно правильным при подозрении на злокачественную опухоль предстательной железы.

Методом выбора пока, по нашим данным, для большинства г. п. ж. является двухмоментная надлобковая простатэктомия.