

Последнюю большую группу представляют постренальные уремии, связанные с развитием механического препятствия в мочевых путях. При рассмотрении этих уремий, пожалуй, удобнее всего исходить из анатомической локализации поражения — наличия препятствия (камни) в мочеточнике или сдавления мочеточника извне, препятствий в области впадения мочеточников в мочевой пузырь на выходе из мочевого пузыря (спазмы, спайки, увеличение предстательной железы, врожденные анатомические нарушения и пр.).

Кроме того, следует учесть и другие поражения мочевого пузыря (параличи, новообразования, конкременты) и мочеиспускательного канала.

Приведенные данные иллюстрируют все многообразие уремических состояний и могут явиться основой их классификации.

Поступила 9 марта 1961 г.

О НАДЛОБКОВОЙ ТРАНСВЕЗИКАЛЬНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ С ГЛУХИМ ШВОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПО МЕТОДУ ГЕЛЬФЕРА — БЛАТНОГО¹

Э. Н. Ситдыков

Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. И. Ф. Харитонов) Казанского медицинского института, на базе Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников)

Русские хирурги первыми открыли дорогу для радикальных операций удаления предстательной железы. В 1889 г. М. Дружинин опубликовал промежуточный способ удаления предстательной железы, а в 1899 г. С. П. Федоров первым произвел типичную надлобковую простатэктомию.

За последнее время все более распространяются аденомэктомия Мартенса (1922), несколько измененная Гаррисом и Гринчаком, и операция А. Т. Лидского — внепузырная позадилобковая простатэктомия.

Операция по Лидскому имеет преимущества и недостатки. При выполнении этой операции мочевой пузырь не вскрывается, ложе аденомы не тампонируется. В послеоперационном периоде мочеиспускание восстанавливается в первые часы после удаления постоянного катетера, больные выписываются из стационара в среднем на 18—20 день после операции. Но следует заметить, что операция Лидского технически сложнее, ее нельзя применять при недостаточности почек, при аденомах простаты, осложненных камнями и дивертикулами мочевого пузыря, и при выполнении второго этапа аденомэктомии по Хольцову.

По литературным данным, послеоперационный период оперированных по методу А. Т. Лидского чаще осложняется остеоитом лобковых костей, тромбофлебитом тазовых вен, флегмоной тазовой клетчатки. При трансвезикальных надлобковых аденомэктомиях эти осложнения встречаются гораздо реже.

Как указывают П. И. Гельфер и Х. П. Блатной, операция Гарриса — Гринчака, при которой ушивается простатическое ложе, нередко осложняется стриктурой уретры.

Для профилактики стриктур уретры Гельфер и Блатной предлагают модификацию одномоментной надлобковой аденомэктомии с глухим швом мочевого пузыря.

Техника операции по описанию авторов такова:

Передняя стенка мочевого пузыря обнажается обычно, внебрюшинно, без вскрытия ретциева пространства. Мочевой пузырь вскрывается тупо путем прокалывания его стенки кровоостанавливающим зажимом. Рана пузыря растягивается крючками Фарабефа. Шейку обнажают ранорасширителем и двумя зеркалами. Электроножом рассекают слизистую оболочку над аденомой и вылуцывают последнюю. В простатическое ложе вводят на 2—3 минуты тампон, который туго прижимается к стенке лакуны. В дальнейшем последовательно захватываются длинным зажимом края стенки мочевого пузыря на месте вылуценной аденомы в трех или четырех местах по

¹ Доложено на заседании общества хирургов Казани 11 мая 1961 г.

окружности и прошиваются толстыми кетгутовыми нитями на расстоянии 1 см от края со стороны слизистой, с выколом на слизистой оболочке. На кончик выступающего в мочевой пузырь катетера натягивают резиновую трубку толщиной в 7—8 мм, пришивая ее к клюву катетера. Концы упомянутых выше кетгутовых нитей подшивают к трубке около конца катетера. Далее катетер вытягивают из уретры и на его место вводят трубку с проведенными таким образом нитями. Трубку у катетера отрезают и вытягивают, причем пузырный ее конец с проделанными в нем боковыми отверстиями (3—4) надо правильно установить для дренирования мочевого пузыря; каждую пару нитей подтягивают, осматривая обнаженную зеркалами шейку мочевого пузыря, пока край лакуны инвагинируется в просвет внутреннего отверстия уретры. Как только нити натягиваются, простатическое ложе сдавливается и кровотечение прекращается. Все нити у наружного отверстия уретры захватывают зажимом и, натянув их, фиксируют зажим к верхней части голени бинтом в виде стремя. Часть трубки с прошитыми нитями отрезают от основной трубки; она служит ориентиром для отыскания каждой пары нитей.

Мочевой пузырь зашивается наглухо двумя полукисетными швами, дополнительно накладываются два Z-образных шва. В предпузырное пространство вводится тампон. Швы на апоневроз и кожу. В послеоперационном периоде кетгутовые лигатуры удаляются на 3 сутки, катетер — на 7—8 сутки.

Мы при выполнении этой операции не пользуемся электрохирургическим ножом, применяем обычные хирургические ножницы для рассечения слизистой мочевого пузыря над аденомой. Перед зашиванием мочевого пузыря производим промывание горячим раствором фурацилина 1:10 000 для профилактики закупорки постоянного катетера при завершении операции. Кетгутовые лигатуры фиксируются бинтом к пятке правой нижней конечности, эта конечность шинируется на одни сутки.

Начиная с 1959 г. в нашей клинике одномоментная надлобковая аденомэктомия по указанной выше модификации произведена 25 больным, трое до хирургического лечения длительно подвергались гормонотерапии. Средний возраст оперированных нами больных — 69 лет; самому молодому 51 год, самому старшему 86 лет. Операция в первой стадии заболевания произведена четырем больным, во второй — 11 и в состоянии острой задержки мочи — 10. Всем больным после обычного клинического исследования и определения функциональной способности почек (проба С. С. Зимницкого, хромоцистоскопия, внутривенная урография) проводилась предоперационная подготовка.

При поступлении лейкоцитоз наблюдался у 2 больных (от 11000 до 14000), ускорение РОЭ — у 16 (от 17 до 60 мм/час).

У 15 больных была пиурия, у 2 — микрогематурия. Минимальный удельный вес мочи — от 1005 до 1008, максимальный — от 1015 до 1025.

С первого дня поступления больным с острой задержкой мочи и больным во второй стадии заболевания при остаточной моче более 200 мл ставился постоянный катетер, назначались антибиотики и сульфаниламидные препараты. Цель постоянного катетера — разгрузка верхних мочевыводящих путей и борьба с мочевой инфекцией.

Аденомэктомия в модификации Гельфера — Блатного производилась под местной анестезией по А. В. Вишневскому.

В послеоперационном периоде в первые 18—20 ч. мочевого пузырь промывался горячим раствором фурацилина 1:10000, промывали малыми порциями через каждые 2 ч. в целях профилактики кровотечения и закупорки постоянного катетера. Назначали антибиотики, сульфаниламидные препараты, сердечные средства. Внутривенно больные получали в течение 2—3 дней 40% раствор глюкозы в количестве 60 мл и 10% раствор поваренной соли — 40 мл.

Кетгутовые лигатуры удалялись на разных сроках: у 11 больных через трое суток, у 14 — к концу первых суток. Ни в одном случае мы не наблюдали кровотечения.

Моча макроскопически очищалась от крови на 2—3 день после операции. Катетер удален у 5 больных к концу седьмых суток, у 19 — к концу четвертых и у одного — к концу первых суток.

Большинство больных, которым катетер оставался в уретре до семи суток и более, отмечали после удаления катетера недержание мочи до трех месяцев. У больных, которым катетер удалялся к концу четвертых суток и раньше, позыв к мочеиспусканию с последующим опорожнением мочевого пузыря наступил через 2—3 ч. по удалении постоянного катетера, и недержания мочи не было.

Из общего числа оперированных у пяти послеоперационный период осложнился эпидидимитом и уретритом. Это осложнение наблюдалось у больных, которым постоянный катетер удалялся на седьмые сутки и позже. У двух больных послеоперационный период осложнился пневмонией, у одного — тромбофлебитом левой нижней конечности и у одного — пиелитом.

Поверхностное нагноение раны было у 2 больных, у 4 в течение 4—5 дней наблюдалось просачивание мочи в надлобковую рану, 4 выписаны с частичным недержанием мочи сроком до 3—4 месяцев. Первичное заживление раны отмечено у 23 больных.

Послеоперационный период у оперированных одномоментно с глухим швом мочевого пузыря в модификации Гельфера — Блатного у нас равен 22—23 койко-дням. Большинство же наших больных могли быть выписаны на 13—15 день после операции.

однако они задерживались в клинике более 15 дней по причинам, не зависящим от состояния здоровья.

Полученные хорошие результаты побудили нас применить данную методику и при выполнении второго этапа аденомэктомии по Хольцову.

Всего оперировано 27 больных. В возрасте от 60 до 69 лет было 14, от 70 до 79 лет — 10 и старше — трое. Из них 8 больных поступило с надлобковыми свищами мочевого пузыря, наложенными в других лечебных учреждениях; 12 — с острой и хронической задержкой мочи сроком от 5 дней до одного года, 6 — во второй стадии заболевания, и один в третьей стадии, которым надлобковый свищ мочевого пузыря наложен в нашей клинике.

Лейкоцитоз наблюдался у 5 больных (10 000—15 000), повышенная РОЭ — у 20. Остаточный азот крови у 7 больных колебался от 42 до 107 мг%. С пиурией поступили 10 больных; с микрогематурией — 5.

Больные во второй стадии заболевания с остаточной мочой более 400 мл имели выраженную изостенурию. Максимальный удельный вес был 1009—1010, минимальный — 1008—1009. У больных с наложенным надлобковым свищем мочевого пузыря максимальный удельный вес — 1020—1025, минимальный — 1005—1008. У трех больных аденома простаты осложнилась камнями мочевого пузыря.

Аденомэктомия по Хольцову в модификации Гельфера — Блатного легко выполняется при соблюдении следующих двух условий:

1. Надлобковый свищ мочевого пузыря должен быть наложен как можно выше.
2. Избегать широкой отслойки предпузырной клетчатки.

Если эти условия выполнены, второй этап аденомэктомии с глухим швом мочевого пузыря мало чем отличается от одномоментной аденомэктомии.

Из 27 оперированных у семи кетгутные лигатуры удалены из уретры к концу третьих суток, у 19 — к концу первых. Ни в одном случае кровотечения не было.

Катетер удален у 5 больных на седьмые сутки, у 17 — на четвертые и у 4 — к концу первых. Мочеспускание восстановилось через 2—3 ч. после удаления катетера у 22 больных. Из 5 больных, которым катетер удалили на седьмые сутки, у трех при выписке наблюдалось недержание мочи.

Послеоперационный период осложнился у 5 больных уретритом и эпидидимитом, у одного — тромбозом левой нижней конечности. Кратковременное просачивание мочи в надлобковую рану после удаления катетера наблюдалось у 8 больных, у двух сформировался надлобковый свищ мочевого пузыря, который, однако, закрылся самостоятельно. Недержание мочи отмечено у трех. Поверхностное нагноение раны с расхождением кожных краев было у одного. Один больной умер на 4-й день после операции, другой — через 8 час. при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности.

Первичное заживление раны наблюдалось у 24 больных.

Одномоментная аденомэктомия с глухим швом мочевого пузыря в модификации Гельфера — Блатного у нас в клинике является операцией выбора.

На основании нашего наблюдения можно заключить, что:

1. Операция в модификации Гельфера — Блатного может быть с успехом применена и при двухэтапной аденомэктомии по Б. Н. Хольцову.
2. Пиурия не является противопоказанием к операции аденомэктомии с глухим швом мочевого пузыря.
3. Пребывание постоянного катетера после аденомэктомии, по нашим данным, не должно превышать четырех суток.
4. Аденомэктомия в модификации Гельфера — Блатного значительно сокращает послеоперационный период.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян А. В. Аденома предстательной железы. 1957, Смоленск.
2. Алапин Г. Я. Сов. хир., 1935, 2.
3. Блатной Х. П. Урология, 1957, 6.
4. Гаспарян А. М. и Портной А. С. Урология, 1955, 4.
5. Гельфер Н. И. Сов. хир., 1935, 2.
6. Гельфер Н. И. и Блатной Х. П. Урология, 1959, 4.
7. Гольдберг В. В. Урология, 1956, 1; Хирургия аденомы предстательной железы. 1960, Рига.
8. Дунаевский Л. И. Аденома предстательной железы, М., 1959; Сов. хир., 1935, 2; Урология, 1955, 4.
9. Еганов Е. П. Урология, 1955, 2.
10. Лоскутов М. И. Урология, 1958, 4.
11. Пытель А. Я. Урология, 1956, 4.
12. Сабельников И. И. Урология, 1955, 2.
13. Савич Е. Ш. Урология, 1955, 4.
14. Топчан А. Б. Урология, 1956, 3.
15. Фронштейн Р. М. Сов. хир., 1935, 2.

Поступила 21 декабря 1960 г.