

Из урологического отделения (зав. В. М. БЛИЗНЮК)
Свердловской Областной клинической больницы № 1
(главный врач М. С. ЛЕВЧЕНКО).

Научный руководитель — доцент кафедры урологии Ленинградского
ордена Ленина института усовершенствования врачей им. С. М. Кирова
доктор медицинских наук Б. В. КЛЮЧАРОВ.

В. М. БЛИЗНЮК

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ, ЛЕЧЕННЫХ И НЕ ЛЕЧЕННЫХ СИНЭСТРОЛОМ

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук.

О Г Л А В Л Е Н И Е

	<u>Стр.</u>
В В Е Д Е Н И Е	I
<u>ГЛАВА I.</u> Л И Т Е Р А Т У Р Н Ы Й О Б З О Р	9
<u>ГЛАВА II.</u> П А Т О Л О Г И Ч Е С К А Я А Н А Т О М И Я	43
I. Макроскопическое строение аденомы предстательной железы /данные ли- тературы/	47
2. Гистологическое строение аденомы предстательной железы	53
3. Характеристика собственного материала	56
а/ Макроскопическое строение аденомы предстательной железы у больных, не леченных синэстролом	56
б/ Гистологическое строение аденомы у больных, не леченных синэстролом...	59
в/ Макроскопическое строение аденомы предстательной железы у больных, леченных синэстролом	66
г/ Гистологическое строение аденомы предстательной железы у больных, ле- ченых синэстролом	67
4. Анализ полученных данных	84
<u>ГЛАВА III.</u> К Л И Н И К А	98
I. Вопросы патогенеза	99
2. Клинические формы болезни	102
3. Собственный материал	106
а/ Длительность болезни и частота отдельных симптомов	110
б/ Жалобы	120
4. Данные объективного исследования.....	123
а/ Давность задержки мочи	125
б/ Характер и состояние предстательной железы при пальцевом исследовании ее через прямую кишку	127

5. Лабораторные данные	132
а/ Характер мочи у больных с полной задержкой мочеиспускания	132
б/ Удельный вес мочи	143
в/ Микроскопия осадка мочи	149
г/ Остаточный азот крови	151
д/ Общий анализ крови	158
красная кровь	159
белая кровь	161
6. Специальные методы исследования.....	163
<u>ГЛАВА IV. Л Е Ч Е Н И Е</u>	173
1. Методы лечения аденомы предстатель- ной железы	174
а/ Литературный обзор	174
2. Собственный материал	191
а/ Особенности вылушения аденомы пред- стательной железы у больных, лечен- ных синэстролом	209
3. Обезболивание при аденомэктомии.....	225
4. Послеоперационный период	228
<u>ГЛАВА V. И С Х О Д Ы</u>	243
1. Непосредственные результаты	243
2. Отдаленные результаты	251
3. Сравнительная характеристика методов терапии аденомы предстательной железы	255
<u>З А К Л Ю Ч Е Н И Е</u>	263
<u>В Ы В О Д Ы</u>	272
<u>УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ</u>	

Вопросы научной разработки проблемы аденомы предстательной железы начались сравнительно недавно. Лишь в 1884 году впервые появилась идея эндокринной терапии, принадлежащая Ф.И.Синицину, усматривавшему причину образования аденомы предстательной железы в старческих изменениях яичек. Это была первая научная теория, до сих пор не утрачившая своего значения. В 1912 году Н.А.Белов показал, что развитие и функция предстательной железы зависят от воздействия на нее гормонов, вырабатываемых яичками. Развитие урологии в конце XIX столетия усилило интерес к хирургии предстательной железы и способствовало углубленному изучению этого тяжелого заболевания у стариков.

С.П.Федоров в 1899 году впервые в Европе выдвинул идею о целесообразности надлобкового чрезпузырного удаления гипертрофированной предстательной железы, которая и до настоящего времени является одной из актуальных в хирургии предстательной железы. Эта тема обсуждалась на многих съездах российских хирургов и урологов, на которых она была программной.

Аденома предстательной железы и теперь продолжает оставаться актуальной проблемой урологии. Разработка и внедрение в практику Б.Н.Хольцовым /1906/ двухмоментной надлобковой аденомэктомии открыли новый этап в прогрессе радикальной хирургической терапии аденомы предстательной железы. Изучение этой проблемы позволило с годами расширить показания к хирургическому методу лечения.

Этому способствовало изучение ряда условий, обеспечивающих лучшие показатели непосредственных исходов: правильно выработанные показания к операции аденомэктомии, усовершенствование техники ее, комплексное терапевтическое лечение в пред- и послеоперационном периодах, в частности, применение антибиотиков, сульфамидов, переливания крови и т.д.

Усовершенствование техники двухмоментной аденомэктомии, учет показаний к оперативному вмешательству и применение комплексного терапевтического лечения как до первого момента, так и в промежутке между ним и вторым моментом операции способствовало уменьшению летальности с 20-30% до 2-3%.

История учения об аденоме предстательной железы показывает, что основное внимание авторов было направлено на выяснение и устранение причин болезни и тех тяжелых осложнений, которые возникают в результате этого заболевания. Для объяснения этиологии аденомы предстательной железы предлагались в разное время различные теории. Долго существовавшая механическая, артериосклеротическая, воспалительная и опухолевая теории в настоящее время утратили свое значение. Ныне доминирующей теорией является гормональная теория. Однако, некоторые авторы объясняют ее по-разному. Л.И.Дунаевский и другие на основании клинко-экспериментальных исследований полагают, что развитие аденомы предстательной железы является результатом нарушения внутрисекреторной деятельности эпителиальной ткани яичка, вызывающего усиленное образование гонадотропных гормонов гипофиза, ведущих к усиленной продукции межуточной тканью

андрогена /мужского полового гормона/. Считаясь с этой концепцией, с целью нейтрализации его, А.Б.Топчан и А.А.Померанцев предложили для лечения аденомы предстательной железы синэстрол /женский половой гормон/.

Экспериментально -клинические исследования о влиянии эстрогенов на различные патофизиологические процессы в организме позволили определить их значение в качестве регуляторов половой системы с одной стороны, и нервной с другой. Это дало возможность внести известную ясность в вопросы этиопатогенеза некоторых заболеваний, в частности аденомы предстательной железы.

За последнее время Б.В.Ключаревым /1946-1953/, Б.И.Монастырской /1949/, В.П.Коноплевым /1954/ методом инъекций эстрогенных веществ /полианол, синэстрол/ у экспериментальных животных были получены значительные морфологические изменения в предстательной железе и особенно ее эпителия. Патологоанатомические исследования показали, что под влиянием синэстрола наступает своеобразное разрастание периуретральных желез с метаплазией эпителия. Вызванный экспериментально процесс в железе распространялся от центра к периферии, сдавливая уретру, семявыносящие протоки и периферическую часть предстательной железы, подобно тому, что наблюдается и у человека при аденоме предстательной железы. После прекращения введения животным синэстрола через два месяца наступало обратное развитие периуретральных желез, предстательная железа уменьшалась в размерах. В результате этих работ было выяснено, что после искусственного введения эстрогенного вещества живот-

ному наступает нарушение нормальных соотношений мужского и женского половых гормонов, которое и приводит к патологическому процессу в предстательной железе. Это позволило А.М.Шабаду и Б.В.Ключареву выдвинуть концепцию, по которой причиной образования аденомы предстательной железы является нарушение гормонального равновесия в организме: у экспериментальных животных в результате искусственного введения эстрогенного вещества, а у человека вследствие уменьшения удельного веса мужского полового гормона и преобладания женского в результате викарной инволюции яичек у стариков. Эти экспериментальные наблюдения подводят известную теоретическую базу под получивший уже распространение метод лечения аденомы предстательной железы андрогенами /тестостеронопропионатом и метилтестостероном/.

Гормональная терапия, в частности применение для лечения больных аденомой предстательной железы синэстрола, за последние 8 лет получила широкое распространение. Одни авторы о синэстролотерапии отзываются положительно и утверждают, что под влиянием больших доз препарата наступает полная атрофия эпителия аденоматозной предстательной железы, что приводит к уменьшению ее в размерах. В связи с этим у больных восстанавливается мочеиспускание. Другие авторы отзываются о нем отрицательно на том основании, что улучшение мочеиспускания после синэстрола носит временный характер, а гистологическое исследование ткани аденомы, удаленной хирургическим путем, после лечения синэстролом не подтверждало наличия атрофического процесса в ней. Напротив, больше чем в половине случаев наблюдается проли-

ферация эпителия после лечения синэстролом /Шабад/.

На 2-й Всесоюзной конференции урологов в Москве /1951/ центральное место в работе заняла проблема аденомы предстательной железы. Вопрос о лечении ее явился предметом оживленного обсуждения.

На этой же конференции были также представлены работы, всесторонне освещающие результаты хирургической и гормональной терапии аденомы предстательной железы.

Программные доклады /Шабад, Рапопорт/ были посвящены вопросу о морфологических изменениях в аденоме после лечения больных синэстролом, которые вызвали большой интерес аудитории. Дискуссия носила оживленный, объективный характер. Горячие прения, в частности, вызвала тема о синэстролотерапии и изменениях в аденоме простаты, которые наступают под влиянием синэстрола.

Л.М.Шабад указывал, что введение синэстрола на известной стадии вызывает пролиферацию эпителия в аденоме простаты с тенденцией перехода ее в рак. Атрофии эпителия он не находил. Напротив, Я.Л.Рапопорт после лечения синэстролом находил обильную десквамацию и атрофию эпителия, что приводило к уменьшению размеров предстательной железы.

А.Т.Фрумкин, Л.Г.Брин и И.А.Сокольская при лабораторных исследованиях установили, что количество андрогена в моче у больных с аденомой предстательной железы ничем не отличается от количества его у здоровых лиц. А.Б.Топчан же обнаруживал самое высокое содержание андрогена в моче у больных с аденомой простаты.

В первый период после предложения синэстролотерапии

авторы не отмечали отрицательных результатов и суживали показания к радикальному хирургическому лечению. Однако с накоплением клинического материала в 1954 году А.Б.Топчан сообщил, что в 18,9% случаях он получил отрицательные результаты от лечения синэстролом с летальностью 4,9%.

А.П.Фрумкин, И.Н.Шапиро, И.Н.Соболев и др. считают, что длительность гормональной терапии и весьма неутешительные результаты заставляют относиться к ней отрицательно, тем более, что она не может служить заместительной терапией, а потому показания к хирургическому методу лечения аденомы предстательной железы остаются прежними.

Анализ нашего клинического материала показывает, что комплексное терапевтическое лечение больных аденомой предстательной железы как в предоперационном периоде, так и в промежутке между I и II этапом операции позволяет расширить показания к аденомэктомии с лучшим для больного исходом.

К сожалению, несмотря на достаточно изученную клинику болезни и патологоанатомическую картину аденомы предстательной железы, ряд вопросов, касающихся структурных изменений в ней после лечения больных синэстролом, особенности оперирования, имеющие специальный практический и теоретический интерес, остаются до сих пор не вполне освещенными.

Наблюдая за больными, мы обратили внимание еще в 1949-1951 гг. на имевшие место технические трудности при операции аденомэктомии после лечения их синэстролом. Они заключались в том, что у некоторой части больных тупое вылущение аденомы было невозможным из-за наличия фиброзных сращений, нередко встречающихся между аденоматозной

опухолью и предстательной железой. В отдельные моменты операции мы вынуждены были прибегать к иссечению аденоматозных узлов ножницами. В одном случае операция закончилась частичным иссечением предстательной железы. Кроме того, в половине случаев нам приходилось отсекаать аденому от уретры. К этому мы почти не прибегали у больных, не лечившихся синэстролом. Наконец, у лечившихся синэстролом, во время операции, а также и в послеоперационном периоде нередко наблюдалось профузное кровотечение из простатического ложа /раннее и позднее вторичное кровотечение/. У не лечившихся синэстролом кровотечение наблюдалось исключительно редко.

Мы предполагали, что указанные выше клинические явления стоят в прямой зависимости от влияния синэстрола на аденоматозную ткань железы, тем более, что в этих случаях имели место также изменения гистологической картины — нередко отмечалось преобладание стромы над паренхимой.

Поэтому в представляемой работе мы ставили перед собой задачу путем клинико-морфологического исследования, изучить и осветить данные гистологических изменений в аденомах предстательных желез после лечения больных синэстролом, сопоставить эти данные с морфологической картиной аденом, не леченных синэстролом, и, в зависимости от характера морфологических изменений в ней выяснить условия, затрудняющие оперативное вмешательство — аденомэктомию.

Изучение гистологического строения аденоматозной ткани проводилось дифференцированно в зависимости от длительности лечения, дозы синэстрола и интервала между прек-

ращением введения больному препарата и операцией аденомэктомии.

Другой задачей в нашей работе является выяснение условий, способствующих внезапно наступающей острой задержки мочи при аденоме предстательной железы под влиянием тех или иных факторов, влияющих на изменение реактивности организма и его нервной системы.

Для возникновения острой задержки мочи, по нашим наблюдениям, имели значение: факторы питания, употребление алкоголя, влияние инфекции, неблагоприятные метеорологические условия, возрастные и другие моменты.

Наконец, последней целью настоящего исследования, имеющего большое практическое значение, было проанализировать результаты лечения больных с аденомой предстательной железы и установить наиболее целесообразный метод терапии. Непосредственные и отдаленные исходы после лечения наших больных изучались нами отдельно по отношению к оперированным — только эпицистостомия, аденомэктомия — и неоперированным. Нами установлена целесообразность двухмоментной аденомэктомии по Б.Н.Хольцову в сочетании с комплексным терапевтическим лечением.

Однако мы полностью отдаем себе отчет в том, что настоящее исследование не является исчерпывающим. Осветить такой вопрос, как изменения морфологической картины в аденоматозной предстательной железе после лечения синэстролом является задачей слишком обширной. Поэтому мы коснемся лишь некоторых ее сторон, имеющих непосредственное отношение к настоящей теме.

ГЛАВА I

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Заболевание, связанное с расстройством мочеиспускания у стариков было известно и в глубокой древности.

Еще Гиппократом был подмечен факт существования расстройств мочеиспускания у старых людей, но сущность и их причины ему не были известны и оставались загадкой свыше двух тысячелетий.

Несмотря на тщательное изучение клинической картины расстройств мочеиспускания и на подмеченную связь между расстройством мочеиспускания у стариков и различными другими общими и местными заболеваниями, как-то: старческие изменения в организме, причина же дизурических явлений все-таки представлялась крайне темной. Благодаря тому разнообразию сопутствующих явлений, которые могли приниматься за основное страдание. Для объяснения механизма расстройств мочеиспускания у старых людей предлагались в разное время различные гипотезы и теории.

Морганьи /*Morgagni*, 1761/ первый на основании анатомических исследований указал на зависимость наблюдающихся в старческом возрасте расстройств мочеиспускания от увеличения предстательной железы. Однако долгое время исследования Морганьи не привлекали внимания и указанная зависимость признавалась далеко не всеми врачами.

Большинство врачей того времени считало расстройства мочеиспускания у стариков естественным проявлением возрастных изменений со стороны мускулатуры мочевого пузыря и

дряхлости организма, а болезнь сводили к понятию "Скирр" /опухоль плотной консистенции/. Однако, вопреки укоренившемуся мнению, указывает И.В.Верткин, болезнь эта ничего общего со скирром не имеет.

Предположение, высказанное Морганьи, нашло себе подтверждение в начале прошлого столетия в исследованиях Тоум /*Thome*, 1811/ и особенно в работах Мерсье /*Mercier*, 1836/. Мерсье патолого-анатомическими исследованиями установил, что увеличение предстательной железы является причиной расстройств мочеиспускания у старых людей. Он же первый предложил термин "гипертрофия простаты".

Заслуживает внимания привести мотивы, на основе которых Мерсье избрал этот термин.

"Увеличение предстательной железы протекает без болей, увеличение предстательной железы, раз начавшись, не исчезает больше и не изменяется, больные долгое время не замечают расстройств мочеиспускания и ничего не знают, что произошло с их предстательной железой; мы должны поэтому принять, что имеем дело не с воспалительным процессом, не с диатезом, а с увеличением предстательной железы, с ее гипертрофией".

В дальнейшем изучение вопроса о гипертрофии предстательной железы было предпринято в шестидесятых-семидесятых годах прошлого столетия в работах Адамса /*Adams*, 1855/ и особенно в совместных работах Томпсона и Мессера /*Thompson et Messer*, 1861-1863/. Их исследования касались расстройств мочеиспускания, морфологических изменений в предстательной железе, шейке пузыря, простатической части

II.

мочеиспускательного канала. Но главным образом эти исследования сводились к изучению анатомических изменений в предстательной железе, частоты поражения различных частей ее.

На основании исследования трупного материала, Томпсон /1875/ первый высказал мнение, что увеличение предстательной железы "...не имеет никакого отношения, несколько не родственно воспалительным процессам, какие наблюдаются в других железах". Увеличение объема предстательной железы, по мнению Томпсона, обуславливается "... новообразованием железистой ткани по всему органу или в отдельных его частях. Новообразованный продукт в предстательной железе не есть новообразование подобно раку или эпителиоме".

Таким образом, на гипертрофию предстательной железы Томпсон смотрел как на своеобразное доброкачественное новообразование, сущность и причина которого оставались неизвестными.

Для объяснения сущности гипертрофии предстательной железы в конце прошлого столетия Гюйон и Ланца *Huigon* и *Lainois*, 1888/ предложили артериосклеротическую теорию. Они на основании своих клинических и патолого-анатомических исследований препаратов предстательных желез, кровеносных сосудов мочевых органов /почек, мочеточников, мочевого пузыря, предстательной железы/ трупного материала в разных возрастных группах, пришли к выводу, что гипертрофию предстательной железы нельзя считать местным заболеванием. Как в мочевых органах, так и в предстательной железе, по их мнению, происходит разрастание соединительной ткани, что

обуславливает увеличение объема органа. Сущность гипертрофии предстательной железы Гюйон сводит к двум основным моментам: склерозу и гиперемии органов мочеполовой сферы.

Положение Гюйона считалось общепризнанным фактом среди большинства врачей того времени и дало основание ему предложить свою артериосклеротическую теорию увеличения предстательной железы, ведущую к дизурии у старых людей.

Специальными патолого-анатомическими исследованиями Альбарраном и Галле /1898/, Г.А.Ястребовым /1901/, Б.В.Шолковым и А.Р.Эльцбергом /1927/ и М.А.Мухаринским /1940/ не была обнаружена связь между изменениями кровеносных сосудов мочевых органов и гипертрофией предстательной железы. Склероз сосудов в предстательной железе - редкое явление.

Патолого-анатомические и экспериментальные исследования ряда авторов /Альбарран и Галле /1898/, Каспер /1905/, А.П.Гриненко /1913/, И.М.Верткин /1931/, Г.Б.Монашкин /1936/, Н.М.Борисовский /1941/, Б.В.Ключарев /1946/ и др./ показали, что при гипертрофии предстательной железы преобладает железистая ткань, в то время как фиброзная - встречается редко. Наконец, следствием артериосклероза сосудов может быть атрофия предстательной железы, но отнюдь не гипертрофия ее.

Цихановский /*Chiechanowski*, 1901/, основываясь на многочисленных патолого-анатомических исследованиях, утверждал, что гипертрофия предстательной железы не имеет ничего общего с новообразованием и артериосклерозом. Причиной увеличения предстательной железы он считал перене-

сенную гоноррею. Он указывал, что застоя секрета /катаррального или гнойного/ в альвеолах, наступающего вследствие сужения выводных протоков простатических железок при гоноррее вполне достаточно, чтобы обусловить увеличение предстательной железы.

Однако, воспалительная теория Цихановского подверглась резкой критике со стороны многочисленных авторов /Каспер, Е.М.Семеняко, Альбарран и др./. Гистологические исследования Каспера /1905/, Е.М.Семеняко /1928/ показали, что воспалительные очаги в предстательной железе вторичного происхождения^и являются осложнением гипертрофии предстательной железы инфекцией. Убедительно доказать связь гонорреи с гипертрофией предстательной железы не удавалось.

П.А.Герцен /1910/ в этиологии гипертрофии предстательной железы отводил известную роль воспалительному процессу, но не исключал возможности и опухолевого ее характера. Кроме того, он придерживался мнения, что увеличение предстательной железы происходит не за счет пассивного расширения альвеол, в результате сдавления выводных протоков, как думал Цихановский, а за счет активного роста эпителиальной ткани и последующей реакции со стороны стромы.

В настоящее время взгляды Гюйона и Цихановского оставлены и представляют лишь исторический интерес в развитии этой проблемы.

В дальнейшем привлекала к себе внимание "теория новообразования", по которой на основании гистологических исследований Альбарран и Галле /*Albarrañ et Halle*, 1900/ пришли к выводу, что гипертрофия предстательной железы

есть доброкачественное новообразование, обладающее свойством превращения в злокачественное. Новообразование характеризуется пролиферацией железистых элементов и развитием соединительной ткани. На основании преобладания составляющих аденому тканей были выделены отдельные формы гипертрофии предстательной железы.

Из исследованных Альбарраном и Галле 100 гипертрофированных предстательных желез оказалось, что железистая форма встретилась в 32-х случаях, смешанная или аденофиброма - в 51 случае, фиброаденома - в 3 случаях и рак в 14 случаях.

Поэтому Б.Н.Хольцов, Р.М.Фронштейн, Л.И.Дунаевский и другие делят гипертрофию предстательной железы на железистую, смешанную и фиброзную формы.

На рубеже XIX и XX столетий теория новообразования заняла ведущее место, однако исходный пункт образования железистой ткани и сущность гипертрофии предстательной железы оставались не вполне известными.

Между тем в этот период некоторые авторы *Albarran et Hotx /1902/, Jores /1896/* уже описали наличие железистых комплексов в разных отделах простаты /железки, расположенные периуретрально, центрально и в области треугольника Льюто/. Хотя о существовании периуретральных железок писал еще Рокитанский */Rokitansky, 1861/*, Персарно */Persarni, 1905/* первый высказал предположение, что эти периуретральные железки подвергаются гипертрофии.

В дальнейшем в ряде анатомических работ на трупном материале было показано, что после удаления гипертрофиро-

ванной предстательной железы часть ее вместе с капсулой остается не удаленной. Это дало возможность А.П.Гриненко /1913/ доказать, что удаляется не сама предстательная железа, а расположенная в ней аденома.

Изучая поперечные и продольные срезы через всю предстательную железу, Гриненко установил, что железистая ткань последней представляется в виде двух групп железок: центральных /расположенных периуретрально/ и периферических /собственно простатических/, ясно изолированных друг от друга внутренним пузырным сфинктером. Развитие аденомы предстательной железы происходит именно за счет периуретральных групп железок. Сама же предстательная железа отодвигается растущей аденомой к периферии и по мере роста последней подвергается атрофии. Это подтверждается тем, что после вылуечения аденомы оказываются сохраненными семявыносящие протоки, отодвинутые растущей опухолью кзади.

Поэтому Гриненко пишет, что "...полное удаление предстательной железы в гистологическом смысле без повреждения ее фасциального покрова, а также семявыбрасывающих протоков невозможно".

Наглядно это показано на схематическом рисунке /I/ поперечного разреза гипертрофированной предстательной железы, приведенного из работы А.П.Гриненко. Здесь видно расположение железистой ткани вокруг уретры, плоскость вылуечения аденоматозных узлов /справа/, а также поперечно-перерезанные семявыносящие протоки /внизу/. А.П.Гриненко

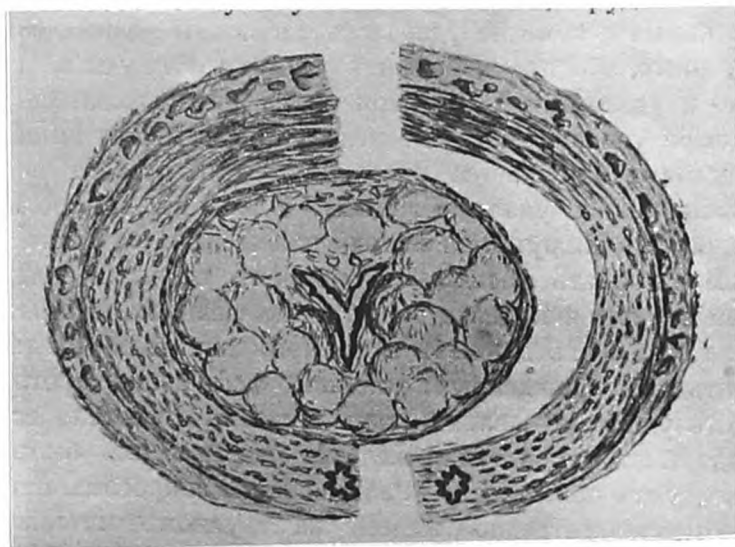


Рис. I. Из А.П.Гриненко

первый предложил термин "аденома предстательной железы", а удаление ее "аденомэктомия" /вылущение периуретральной аденомы/.

И.В.Верткин /1931/, так же как и А.П.Гриненко, на основании обзора литературы и своих исследований считает, что исходным пунктом разрастания является центральная часть предстательной железы, анатомически отличная от периферической части благодаря более мощному развитию гладкой мускулатуры и большему разрежению железок.

Разрастанию, как указывает автор, подвергаются окончания железок и перитубулярная ткань.

Г.Б.Монашкин /1936/, изучая гистологическое строение гипертрофированной предстательной железы, нашел, что преобладает разрастание железистого аппарата, типа аденомы, локализация которого находится в непосредственной близости с уретрой, окруженной гладкой мускулатурой со значительными прослойками соединительной ткани.

К.Т.Овнатянн /1939/ подвергнул гистологическому исследованию 96 удаленных аденом предстательной железы и на основании полученных им данных установил, что исходным пунктом аденомы являются железистые элементы заднего отдела мочеиспускательного канала, которые как с эмбриональной, так и с анатомо-топографической точки зрения правильнее называть препростатическими железами, а болезнь — "препростатомой".

Н.М.Борисовский /1933-1941/ исследовал срезы через всю предстательную железу в разных возрастных группах, начиная с двухмесячного человеческого зародыша и кончая 74-летним мужчиной, страдавшим аденомой предстательной железы. Касаясь в основном морфогенеза эпителиальной ткани, автор установил, что у 4-месячного человеческого зародыша появляются первые ответвления основных простатических протоков на периферии органа. Дальнейшее развитие ответвлений идет в направлении от периферии к центру.

До наступления половой зрелости развитие железистого аппарата предстательной железы происходит медленно. Межуточная ткань преобладает над железистой. С наступлением половой зрелости развитие железистого аппарата предстательной железы резко ускоряется и достигает своего наивысшего развития, причем в этом периоде железистая ткань преобладает над межуточной.

В 40-летнем возрасте на периферии предстательной железы появляются первые признаки начинающейся атрофии железистых элементов.

В возрасте старше 50 лет, у всех без исключения муж-

чин, при гистологическом исследовании предстательной железы, автор обнаруживал изменения, характерные для гипертрофии предстательной железы. Как правило, процесс этот имел вид узловатых разрастаний, исходящих только из периуретральных желез. Борисовский пишет: "... периуретральные железы дают начало узловатым разрастаниям или аденоматозным узлам гипертрофированной простаты. Аденоматозные узлы никогда не исходят от нормальных простатических желез, расположенных внутри гладкого сфинктера или кнаружи от него". Автор считает, что эти железистые разрастания, в конечном итоге, приводят к образованию аденомы предстательной железы.

Другой точки зрения придерживаются Н.С.Путерман/1939/, А.Б.Топчан /1954/, по мнению которых рост аденомы происходит из любого участка предстательной железы и отрицаются наличие периуретральных желез, атрофия периферической части и деление железы на внутреннюю и наружную отделы ее.

Таким образом, подавляющее большинство исследователей в настоящее время считает, что зарождение узловатых образований при аденоме предстательной железы имеет место в центральной части органа и что исходят они не из желез собственно простаты, а из так называемых добавочных или периуретральных желез Гриненко.

Наряду с этим клиницисты заметили, что после удаления яичников подвергается атрофии матка, а при удалении яичек атрофируется предстательная железа, что при недоразвитии яичек и предстательная железа, как правило, недоразвивается. Это обстоятельство привело исследователей к выводам, что между яичками и предстательной железой имеется тесная

физиологическая связь. Это наблюдение имело место и в прошлом столетии.

Усматривая причину гипертрофии предстательной железы в старческих изменениях яичек, Ф.И.Синицин /1884/ первый произвел кастрацию двум больным с гипертрофией предстательной железы с положительным клиническим результатом. Состояние больных быстро улучшилось, восстановилось мочеиспускание. Спустя 10 лет /март 1894/ Ф.И.Синицин докладывал об этом в Московском Обществе хирургов и демонстрировал больного, который в течение 10 лет после операции не страдал расстройствами мочеиспускания.

Вслед за этой операцией последовал целый ряд наблюдений — клинических и экспериментальных. Было доказано влияние кастрации на обратное развитие симптомов расстройств мочеиспускания, а некоторые авторы сообщили даже об обратном развитии гипертрофированной предстательной железы. О положительном влиянии кастрации на гипертрофированную предстательную железу сообщили И.К.Спижарный /1894/, Ф.К.Геррат /1895/, П.А.Лезин /1896/ и др.

Наблюдая в ряде случаев клиническое улучшение после двухсторонней кастрации, Альбарран и Моц /1902/, М.А.Васильев /1903/ на аутопсии ни в одном из них не находили атрофии предстательной железы. Они считали, что кратковременное улучшение после операции наступает от уменьшения застойных явлений в гипертрофированной предстательной железе и от улучшения тонуса сфинктера мочевого пузыря. Б.Н.Хольцов получал либо отрицательные результаты, либо временное улучшение. Другие авторы приводят самые разноречивые результаты и, таким образом, в оценке влияния кастра-

ции на обратное развитие гипертрофированной предстательной железы единогласия не отмечается.

Наряду с некоторыми положительными результатами в уменьшении дизурических явлений было выявлено и отрицательное действие кастрации на организм в целом. Б.Н.Хольцов /1904/ сообщил, что кастрация у больных с гипертрофией предстательной железы оказывает вредное влияние на организм в виде расстройств психики, умственной депрессии и ведет к быстрому падению физических и духовных сил, а некоторые из них умирают.

Таким образом, вопрос терапии гипертрофии предстательной железы кастрацией не мог удовлетворить ни врача, ни больного, и после кратковременного увлечения эта более вредная, чем полезная операция, была оставлена. Тем не менее, операция произведенная Синициным послужила поводом к дальнейшей разработке вопросов корреляции между органами половой сферы и влияния на них различных гормонов.

Многие авторы, отмечая вредное влияние на организм кастрации и высокую летальность при ней, с целью вызвать атрофию предстательной железы предложили заменить ее вазэктомией, идея которой принадлежит также Ф.И.Синицину.

Вопросу о влиянии вазэктомии на гипертрофию предстательной железы был посвящен целый ряд работ отечественных ученых /С.Дерюжинский/1896/, Б. Пржевальский /1896/, П.А.Лезин /1896/, В.Борман /1896/, Э.И.Карлович /1896/, Я.Левинсон /1900/, А.Т.Панкратьев /1900/ и др./. Наблюдая за больными с гипертрофией предстательной железы, авторы отмечали, что после вазэктомии наступает уменьшение симпто-

мов расстройств мочеиспускания, а гипертрофированная предстательная железа, по их мнению, подвергается даже атрофии. На основании работ указанных авторов, Н.А.Белов /1912/ пришел к выводам, что развитие и функция предстательной железы зависят от воздействия на нее гормонов, вырабатываемых яичками.

Позднейшие клинические и экспериментальные наблюдения ряда авторов /Б.Никитин /1925/, Ю.М.Иргер /1926/, Л.И.Дунаевский и И.С.Темкин /1925/, Б.В.Шолков /1927/, М.А.Мухаринский /1940/ показали, что вазэктомия оказывает временное улучшение в смысле уменьшения дизурических явлений. При ней повышается жизненный тонус организма, но микроскопические исследования препаратов удаленных аденом предстательной железы ни в одном случае не подтвердили наличия атрофии в ней.

Другие авторы /Я.Б.Войташевский, В.А.Сперанский /1934/ и др./ говорят, что лучшие результаты от вазэктомии получаются при равномерной, мягкой гипертрофии предстательной железы, отрицательные же — при плотных формах. Л.И.Дунаевский и Т.С.Темкин получали некоторое уменьшение дизурических явлений только в первой и второй стадиях болезни, но не видели успеха у больных в третьей стадии с выраженной атонией мочевого пузыря.

Б.В.Ключарев /1953/ указывает, что после вазэктомии в 6-8% случаев временно восстанавливается функция мочевого пузыря, выражающаяся в более редких позывах и некотором уменьшении количества остаточной мочи. Ни в одном случае под влиянием вазэктомии автор не мог отметить процесса обратного развития гипертрофированной предстательной железы.

А.А.Чайка /1930/, И.Н.Шапиро /1948/ и др. считают, что вазэктомия не дает эффекта в смысле обратного развития основного процесса /атрофии аденомы простаты/. Однако, как вышеуказанные, так и многие другие авторы говорят, что вазэктомия должна применяться как предварительный этап подготовки больного перед радикальной операцией, так как она оказывает известное эндокринно-стимулирующее влияние на ослабленный организм и является фактором, предупреждающим развитие эпидидимита после аденомэктомии.

Из этих клинических и экспериментальных наблюдений над кастрацией и вазэктомией видно, что уже на рубеже прошлого и нынешнего столетий многие отечественные исследователи пришли к убеждению, что в патогенезе аденомы предстательной железы ведущую роль играет секреция яичек и что нарушение гормонального равновесия ведет к гипертрофии предстательной железы.

П.А.Герцен /1910/ указывал, что между предстательной железой и яичками существует тесная физиологическая связь и что старческие изменения в яичках ведут к расстройству функции предстательной железы. Кроме того, он считал, что функция яичек прекращается раньше функции предстательной железы.

Причину аденомы предстательной железы Герцен видел в несоответствии функции яичек и предстательной железы - угасании функции первых и повышенной функции последней. В результате такой диспропорции в половых гормонах развивается аденоматозная ткань в предстательной железе.

Р.М.Фронштейн /1935/ в происхождении аденомы предста-

тельной железы видел два момента: угасание или нарушение функции яичек — "мужской климакс" и застойные явления в малом тазу. Высказанное мнение Фронштейн подкрепляет клиническими наблюдениями. Так, у большинства находившихся на излечении в заведываемой им клинике больных с аденомой предстательной железы эрекция была сохранена /63,7%/. По мнению Фронштейна, эрекция зависит от предстательной железы, а не от яичек, что указывает на гиперсекрецию простатических желез и является симптомом, граничащим почти с патологией. Свой взгляд Фронштейн обосновывает на том факте, что ряд больных /15,7%/, ко времени их поступления в клинику злоупотреблял половым актом, нередко одновременно онабировал. Таким образом, причину разрастания периуретральных желез Фронштейн, также как и Герцен, видел в угасании функции яичек и гиперсекреции простатических желез.

Л.И.Дунаевский /1935-1954/, А.Б.Топчан и А.А.Померанцев /1949-1954/ на основании клиннко-экспериментальных и лабораторных наблюдений установили, что в старческом возрасте наступает дисфункция половых желез. Она возникает вследствие атрофии предстательной железы, что ведет к уменьшению тормозящего влияния последней на яички. Повышенная функция яичек, а следовательно, высокий уровень при втом андрогена в организме человека является моментом, обуславливающим возникновение аденомы предстательной железы /Топчан/, т.е. приводит к гиперплазии периуретральных желез, возникает аденома /Дунаевский/.

В отношении патогенеза гипертрофии предстательной железы выше указанные авторы рассматривают ее с точки зрения

внутрисекреторной концепции — гиперсекреции яичек.

Однако подобного рода взгляды о роли повышенного выделения сексуального гормона в развитии гипертрофии предстательной железы являются недостаточно обоснованными. Усиление половых функций в пожилом возрасте нельзя объяснить одной силой секреции яичек, как это думает Дунаевский. Еще Фронштейн указывал, что потенция зависит не от повышенной секреции яичек, а от гиперсекции предстательной железы. Известно далее, что кастраты, лишенные яичек после продолжительной половой жизни, сохраняют надолго эрекцию и возможность полового акта.

Таким образом, выводы о влиянии повышенной функции яичек, как патогенетический фактор, на развитие гипертрофии предстательной железы не соответствуют клиническим, патолого-анатомическим и физиологическим наблюдениям. Известно, что атрофия яичек ведет обычно к атрофии предстательной железы, а не к ее увеличению.

Эти явления наблюдаются не только у мужчин, но и у женщин, у которых яичники к старости атрофируются, но отнюдь не гипертрофируются.

Известно также и то, что количественное определение мужского полового гормона у больных с гипертрофией предстательной железы показало уменьшенное выделение его по сравнению с нормальным выделением у здорового человека /Д.Г.Брин и И.А.Сокольская/. Поэтому говорить о гипертрофии предстательной железы при наличии повышения половой функции нет веских оснований.

За последнее время Л.И.Дунаевский /1954/ высказал мнение, что "теоретически предположение о том, что атро-

фия яичек может вызвать гипертрофию простаты, на основании имеющихся у нас сейчас сведений, не может считаться правильным".

Дальнейшие экспериментальные исследования некоторых авторов показали, что между гипофизом и половыми железами существуют тесная связь и взаимное влияние. Об этом могут свидетельствовать эксперименты С.Х.Архангельского /1925/. Удаление гипофиза хирургическим путем у половозрелых животных приводило к атрофии предстательной железы и яичек, угасанию полового влечения. Пересадка гипофиза инфантильным животным приводила к усиленному росту вторичных половых признаков и увеличению объема предстательной железы, а пересадка у кастрированных животных действия не оказывала. С другой стороны, Подлущак, облучая гипофиз рентгеновыми лучами, обнаруживал дегенеративные изменения в яичках и в надпочечниках /приведено по И.И.Соболеву/.

Л.А.Кашенко /1947/ были получены новые наблюдения. Так, применение гормона гипофиза кастрированным животным вызывало у них морфологические и функциональные изменения семенных пузырьков.

Известно также и то, что гормоны щитовидной железы вызывают резкие дегенеративные изменения в передней доле гипофиза и коркового вещества надпочечника /Иовлев Ф.П./.

Все это свидетельствует о том, что продукт передней доли гипофиза, не обладая специфическим половым действием, участвует лишь в стимуляции половых желез, а также указывает на тесную коррелятивную зависимость состояния и функции между гипофизом, половыми железами, надпочечниками

и другими железами внутренней секреции. Эти наблюдения говорят о тесной связи и зависимости между собой желез внутренней секреции /Н.А.Вельяминов, В.А.Горащ, Л.Я.Окинчиц, А.В.Оппель и др./.

Изучение гормональных влияний при гипертрофии предстательной железы имело место уже давно, однако взгляды многих авторов еще не объясняют причины возникновения этого заболевания, а представляют лишь исторический интерес в развитии этого вопроса.

Еще А.Г.Подрез /1896/ писал: "Когда не знают истинной этиологии болезни, тогда приписывают ей всевозможные причины, так это было и с этой болезнью".

Таким образом, мы можем допустить, что главным недостатком всех известных теорий является игнорирование роли центральной нервной системы в развитии аденомы предстательной железы.

Так, применение инсулина /И.И.Федоров, 1940/ и фолликулина /Н.П.Гармашова, 1940/ у кастрированных крыс, находящихся под длительным наркозом, не вызывало у них течи. Это свидетельствует о том, что выключение центральной нервной системы наркозом исключает ее влияние на регуляцию функции организма, в частности действия гормональных веществ на биологический процесс у подопытных животных.

В настоящее время уже имеется много данных, указывающих, что различные гормональные вещества действуют не непосредственно на ткани, а гуморальным путем через нервную систему.

Сложность изучения гормональных влияний заключалась в

том, что хотя существующая взаимная корреляция и связь желез внутренней секреции, центральной нервной системы и предстательной железы и были до некоторой степени изучены, но до получения гормонов в химически чистом виде трудно было объяснить нарушения нормальных взаимоотношений между яичками и предстательной железой /Б.В.Ключарев/.

В настоящее время известно, что в моче у беременных женщин содержится повышенное количество фолликулина. Исследования мочи и крови у новорожденных в первые дни после рождения показало повышенное количество женского полового гормона. В свете этих данных становится понятным то обстоятельство, что у некоторых новорожденных мальчиков в первые дни после утробной жизни наблюдается задержка мочи, зависящая от увеличения объема предстательной железы в результате влияния эстрогенного вещества на последнюю у только что оторвавшегося от кровообращения матери новорожденного.

Что касается возможности действия женских половых гормонов на предстательную железу у человека, то здесь не безинтересно отметить следующее. Так, А.А.Черкасский/1940/, изучая морфологию предстательной железы у трупов новорожденных мальчиков, всегда находил, что в ней происходят значительные морфологические изменения: гиперплазия железистой ткани, расширение железистых трубочек. Выстилающий цилиндрический эпителий местами уплощался, замещался кубическим, а в некоторых случаях он напоминал многослойный плоский эпителий. Эти изменения в предстательной железе новорожденного носили временный характер. Через несколько недель после рождения, повидимому, в связи с разрушением и выделением избытка эстрогенов, предстательная железа умень-

шалась в объеме, а железистые трубочки возвращались к норме и были выстланы цилиндрическим эпителием.

За последнее время получены новые данные Б.В.Ключаревым, Б.И.Монастырской, В.П.Коноплевым, Доддс / / и др. Методом инъекций эстрогенных веществ у экспериментальных животных /мыши, крысы, морские свинки, обезьяны/ они получили значительные морфологические изменения в предстательной железе и особенно ее эпителиа.

Б.В.Ключарев /1946/, применяя полианол /аналог фолликулина/, вызывал у мышей своеобразное разрастание периуретральных желез с очаговой метаплазией эпителиа. Увеличение железистых трубочек вело к частичному разрушению, а иногда к отодвиганию кзади и книзу гладкого сфинктера. Вызванный экспериментально процесс в железе распространялся от центра к периферии, сдавливая уретру, семявыносящие протоки и периферическую часть предстательной железы.

Кроме того, патолого-анатомическими исследованиями автор установил, что очаговая гиперплазия предстательной железы начинается в периуретральных /центральных/ железах подобно тому, что наблюдается и у человека при аденоме предстательной железы.

В конечной стадии опыта патологические изменения в предстательной железе приводили к сдавливанию мочеиспускательного канала, растяжению мочевого пузыря, пиэлоэктазии, гидронефрозу; 61,4% животных погибало от причин, связанных с задержкой мочи.

Через 2 месяца после прекращения введения мышам полианола наступало обратное развитие периуретральных желез,

явления задержки мочи исчезали. Превращения аденоматоза в злокачественное новообразование не отмечалось ни в одном случае.

Аналогичные результаты получили Б.И.Монастырская /1949/ и В.П.Коноплев /1954/, применяя синэстрол. По прекращении дальнейшего введения синэстрола подопытным животным, гистологическими исследованиями ткани предстательной железы авторы могли доказать обратное развитие вызванных эстрогенным веществом изменений.

Доддс, применяя взрослым обезьянам стилбэстрол, наблюдал у них аденоматозное разрастание периуретральных желез, сужение уретры и задержку мочи. После применения этим обезьянам тестостерона у них наступало уменьшение предстательной железы в размерах, восстанавливалось мочеиспускание.

Таким образом, в результате искусственного введения эстрогенного вещества животному наступало нарушение нормальных соотношений мужского и женского половых гормонов, которые и приводили к патологическому процессу в предстательной железе.

Это дало основание Л.М.Шабаду /1949/, Б.В.Ключареву /1946-1953/ выдвинуть концепцию, по которой причиной образования аденомы предстательной железы является нарушение гормонального равновесия в организме: у экспериментальных животных в результате искусственного введения эстрогенного вещества, а у человека вследствие уменьшения удельного веса полового гормона и преобладания женского в результате викарной инволюции яичек у стариков.

К этому взгляду приходит и И.И.Соболев /1949/. Он полагает, что старческая дисфункция яичек, при которой нарушается обычный баланс между образованием андрогена и эстрогена, приводит к обеднению организма андрогеном, вследствие чего повышается количество гонадотропных гормонов гипофиза, что еще больше усиливает образование эстрогенов и под их влиянием, в конечном итоге, происходит аденоматозное превращение предстательной железы.

Поэтому Шабад считает, что все существующие названия этой болезни, как-то: "гипертрофия предстательной железы", "препростатома" и пр., не объясняющие существа ее и характера патологического процесса в предстательной железе, следует заменить другим, более правильным термином "дисгормональная аденоматозная простатопатия".

Мы в своей работе будем пользоваться общепринятым термином "аденома предстательной железы", вкладывая в него новое содержание.

До сих пор изучение причин образования аденомы предстательной железы основывалось преимущественно на изучении клинических и патолого-анатомических данных. Раскрывая динамику патолого-анатомического процесса в развитии структурных изменений в тканях мочеполовой сферы, в частности, в предстательной железе /морфогенез/, большинство авторов не придавало значения в образовании аденомы предстательной железы доминирующей роли центральной нервной системы - коры головного мозга. На состоявшейся 2-й Всесоюзной конференции урологов /Москва 27-30 января 1951 г./ А.И.Гаспарян, А.Б.Топчан, А.А.Померанцев в своих докладах

обратили внимание на роль нервной системы в регулировании гормональной функции, а также влияния центральной нервной системы на новообразовательный процесс в предстательной железе. Кортико-висцеральная теория патогенеза ракового и аденоматозного образования в предстательной железе нашла свое отражение в некоторых докладах /А.М.Гаспарян, А.Б.Топчан, И.Н.Шапиро, А.И.Мкртычян и др./.

Однако нужно сказать, что еще в период 1894-1903 гг. Я.Левинсоном, В.Борманом, Б.К.Пржевальским, И.В.Георгиевским, Л.М.Пуссеп и др. были изучены нервные окончания в предстательной железе и их связь с центральной нервной системой.

Я.Левинсон, П.А.Лезин и др. связывали патогенез аденомы предстательной железы с изменениями нервной системы самой простаты. Известно, что Левинсон первый обнаружил первичные изменения нервных элементов после кастрации и уже вторичные изменения железистых элементов. В начале происходят перерождение и гибель нервных клеток, заложенных по периферии и в центральной части предстательной железы. В результате этих изменений происходят атрофия и дегенерация железистой ткани. Левинсон писал: "Непосредственной инстанцией, дающей жизненные силы железистым элементам простаты, является местная нервная система... Прекращение импульсов со стороны яичек вызывает перерождение ганглиев простаты, перерождение же нервных клеток влечет за собой гибель всех железистых элементов простаты". И.В.Георгиевский, разделяя взгляд Левинсона и других, также находил, что при тяжелых заболеваниях предстательной железы нервные

узлы ее представляют часто значительные изменения. Он предполагал, что в этиологии и патогенезе аденомы предстательной железы нервная система и нервные элементы последней играют важную роль.

И несмотря на то, что Левинсон отдавал дань лишь местной нервной системе /что объяснялось недостаточным изучением нейрофизиологии в то время/, однако его данные об изменениях нервных окончаний в предстательной железе имеют значение как морфологические показатели дистрофических процессов в ней.

В соответствии с учением И.П.Павлова и его школы /К.М.Быков, М.К.Петрова и др./ о влиянии коры головного мозга на функцию внутренних органов, в том числе и на предстательную железу, получило блестящее отражение в клинических и физиологических наблюдениях, а также в экспериментальных работах советских ученых – В.П.Ильинского, Б.А.Дробного, Н.З.Черняка, А.В.Вишневого, И.П.Федорова, Н.Л.Гармашовой, Б.В.Ключарева, Б.И.Монастырской и В.П.Кноплева.

В настоящее время считается несомненным фактом, что формирование патологического процесса в организме и ответных реакций происходит обязательно при участии центральной нервной системы. Возможные причины образования условных связей И.П.Павлов видел в следующем: "... бесчисленные колебания как внешней, так и внутренней среды организма, отражаясь каждое в определенных состояниях нервных клеток коры больших полушарий, могут сделаться отдельными условными раздражителями". Или: "каждое состояние организ-

ма может отражаться на больших полушариях".

И.П.Павлов доказал, что как в условиях физиологии, так и патологии нервная ткань организма первой вступает в связь с внешним и внутренним миром.

Методом условных рефлексов К.М.Быков показал наличие рецепторов во всех внутренних органах, способных воспринимать различные механические, термические, химические и др. виды раздражения. Возникающие при раздражении этих рецепторов импульсы сигнализируют в высшие отделы центральной нервной системы о диапазоне различных функциональных отклонений, например, о степени растяжения полых органов, о степени сокращения гладкой мускулатуры, о химических изменениях крови, лимфы и т.д.

И.П.Павлов указывал, что любой чрезвычайный раздражитель /раствор сулемы, ляпис, винный спирт и пр./ всегда оказывает свое действие через нервную систему организма рефлексорным путем.

А.Д.Сперанский говорит, что реакции организма, возникающие в ответ на вредность, являются "опосредованными" реакциями, т.е. по своей природе реакциями рефлексорного характера.

В настоящее время всеми признается, что в основе почти всех заболеваний лежат механизмы нарушения кортико-висцеральной динамики. При нормальных физиологических условиях деятельное состояние коры мозга по закону взаимной индукции тормозит деятельность подкорковых центров. При перенапряжении и истощении мозговых клеток, ведущих к ослаблению и торможению деятельности больших полушарий, подкорко-

вые центры освобождаются от влияния коры, в результате чего возникает хаотическая усиленная деятельность этих подкорковых центров.

Повышенная возбудимость этих центров может повести к возникновению самых разнообразных патологических явлений: длительному спазму кровеносных сосудов, дезорганизации секреторной и двигательной функции внутренних органов, дисфункции эндокринной системы /подчеркнуто нами/ с последующим развитием ряда сложных заболеваний.

Изменение обмена под влиянием импульсов, возникающих в коре головного мозга, показывает, что соответствующие нервные влияния способны воздействовать на самые интимные, скрытые от глаз наблюдателя, стороны жизнедеятельности клеток.

Достаточно указать, что гипофиз и мозговое вещество надпочечников представляют собой модифицированные части нервной системы /Б.В.Ключарев/.

К.М.Быков пишет: "Корковый стимул приводит в действие ряд инкреторных органов, а гормоны в свою очередь оказывают свое действие через кровь на целую систему органов. Вот почему условно-рефлекторная реакция имеет такой большой объем. Гормоны возбуждают к действию все необходимые органы и ткани для выполнения сложного проведенческого акта, они способствуют завершению и сохранению на определенный срок той констелляции, которая необходима для выполнения сложной функции.

Гормональное влияние направлено также на координирование одних органов с деятельностью других, принимающих

участие в осуществлении какого-либо условного рефлекса..., корреляция двух систем – нервной и гуморальной, осуществляется в самом высшем отделе нервной системы, почему эта форма деятельности и может быть принята как выражение единства организма, как явление величайшей организованности, обеспечивающей самые сложные проявления жизни".

Разумеется, поскольку в сферу действия кортико-висцерального рефлекса вовлекаются и железы внутренней секреции, то при патологии нервной системы несомненно включается и мощная гормональная система, обуславливающая длительность течения и стойкость патологических изменений в организме.

А.Г.Иванов-Смоленский пишет, что "отдельные наблюдения, принадлежащие главным образом М.К.Петровой и в особенности М.А.Усиевичу, показывают, что эти нарушения кортикальной реактивности сопровождаются значительным нарушением и во внутренней среде организма. Однако, подробное и систематическое изучение происходящих при этом изменений вегетативных функций, обмена веществ и работы внутренних органов есть дело дальнейших патофизиологических исследований".

Что касается рефлексов на деятельность мочеполовой сферы, то экспериментальными исследованиями и клиническими наблюдениями рядом авторов /А.В.Вишневский, И.И.Федоров, Н.Л.Гармашова, Б.В.Ключарев, А.В.Айвазян, А.И.Мкртычян, В.П.Ильинский, Б.Н.Дробный, И.З.Черняк, Н.Я.Воскресенский и др./ добыты факты, имеющие огромное значение для клиники заболевания предстательной железы. В работах этих авторов

показано значение центральной нервной системы в регулировании функции организма и наличие рецепции в органах мочеполовой сферы.

На кортико-висцеральную связь и условно-рефлекторные явления, протекающие внутри организма, указывают опыты А.В.Вишневого /1909/, при которых получены специфические активные свойства простатического отделяемого только у собак, убитых в момент полового возбуждения. Без полового возбуждения отделяемое предстательной железы не оказывало своего специфического действия на сперматозоиды /они оставались неподвижными/.

Это свидетельствует о том большом значении центральной нервной системы в регулировании функции и деятельности эндокринных желез, так как специфические активные свойства простатического отделяемого приобретало только в момент полового возбуждения, активизирующего подвижность сперматозоидов. Следовательно, это явление надо рассматривать как рефлекторный акт.

А.В.Айвазян /1953/ после наложения надлобкового свища собакам производил несколько раз в день растяжение мочевого пузыря водой, в результате чего у них на 34-40 день от начала опыта наступала острая задержка мочи, патогенетически аналогичная с задержкой мочи при аденоме предстательной железы у человека. Эти опыты свидетельствуют о наличии рецепции в мочевом пузыре, а также рефлекторном механизме задержки мочи у животных.

В.П.Ильинский /1925/ описывает ряд собственных наблюдений и приводит некоторые данные из литературы, указывающие на связь заболеваний других органов, не связанных не-

посредственно с предстательной железой, с заболеванием последней /патологические висцеро-висцеральные и сомато-висцеральные рефлексy/. Автор приводит случаи, когда у больного артиста после излечения заболевания предстательной железы значительно улучшился голос. В другом случае он наблюдал рефлексорную тошноту и рвоту, возникающие у больного с воспалением предстательной железы при массаже последней. Эти явления отсутствовали при массаже предстательной железы того же больного после его излечения. Несколько раз Ильинский встречал больных, страдающих бронхиальной астмой, которая исчезала при излечении сопутствующего заболевания предстательной железы.

Наблюдающиеся явления Ильинский рассматривал как рефлексорный акт, так как, по мнению автора, рефлексy проходят по волокнам вегетативной нервной системы. Он считал, что между заболеваниями предстательной железы и заболеваниями других органов, непосредственно не связанных, существует тесная зависимость, находящаяся под непосредственным контролем нервной системы. Невриты седалищного нерва и невралгии в подошве, которые автор наблюдал неоднократно, как сопутствующие заболевания у лиц с патологически измененной предстательной железой, он пытался объяснить наличием якобы общих нервных веточек, идущих и к предстательной железе и к седалищному нерву. Далее, Ильинский приводит случай из литературы – рефлексорные боли по ходу лучевого нерва у больного простатитом, однако он не мог дать объяснения этого рефлексy.

Б.Н.Дробный /1907/ на 168 больных с гонорреей пред-

стательной железы в 93% наблюдал функциональное расстройство нервной системы /неврастению, психастению/, этиологическим фактором автор считал простатит и, главным образом, нарушение эндокринной функции половых желез. В то время как у больных с гонорреей другой локализации неврастения наблюдалось только в 7%.

Н.Я.Воскресенский /1924/ и И.З.Черняк /1937/ наблюдали больных с заболеванием предстательной железы. У них во время болезни появлялись расстройства со стороны сердечной деятельности, выражающиеся в приступах тахикардии, явлениях стенокардии, болями в крестце, в утомляемости, а также имело место функциональное расстройство нервной системы /неврастения/. Кроме того, давлением на патологически измененную предстательную железу авторам удавалось вызвать приступ стенокардии /болевые ощущения в области сердца, стеснение в груди, холодный пот и пр./, а Б.Н.Хольцов, Р.М.Фронштейн и И.И.Васильев в аналогичных случаях наблюдали приступы бронхиальной астмы. Все эти явления исчезали после излечения простатита. Наконец, наблюдения Н.А.Белова, Б.Н.Хольцова, А.Т.Панкратьева и др. показывают, что усиленная секреция предстательной железы вызывает явления раздражения блуждающего нерва, сопровождающиеся расстройством кишечника, сердцебиением, припадками бронхиальной астмы.

Мы в своей клинической практике наблюдали двух больных с хроническим простатитом. У обоих при массаже предстательной железы наступали тошнота, головокружение, покраснение лица, сердцебиение. После прекращения массажа

указанные явления исчезали.

Эти данные свидетельствуют о том, что функция предстательной железы и других половых желез тесно связана с жизнью всего организма, и что роль предстательной железы в организме не ограничивается только выработкой секрета, активизирующего сперматозоиды. Это свидетельствует также и о том, что импульсы, возникающие в рецепторах предстательной железы, поступают в высшие отделы центральной нервной системы и оказывают влияние на процессы головного мозга. Поэтому раздражение интерорецепторов при патологическом процессе в предстательной железе неизбежно приводит к возможности образования в коре временных связей, а возникающие условные рефлексy могут менять работу предстательной железы, находящейся в тесной физиологической и анатомической связи с остальной мочеполовой сферой.

Как уже указывалось выше, Б.В.Ключареву /1946-1953/, Б.И.Монастырской /1949/, В.П.Коноплеву /1954/ и др. удалось экспериментально воспроизвести "модель" аденомы и рака предстательной железы, в результате чего этиология разбираемой нами болезни получает новое освещение, заключающееся в следующем: как у экспериментальных животных, так и в старческом возрасте человека избыточное количество эстрогенного вещества приводит к нарушению равновесия половых гормонов в организме в сторону преобладания женского полового гормона над мужским. Эстрогенное вещество у экспериментальных животных, оказывающее свое влияние через центральную нервную систему на периуретральные железистые комплексы простаты, вызывает их разрастание, т.е. гипер-

плазию типа аденомы предстательной железы. У человека же развитие аденомы предстательной железы происходит по тем же законам нервной деятельности, вследствие уменьшения удельного веса мужского полового гормона и преобладания женского в результате викарной инволюции яичек у стариков.

Этим было положено начало создания экспериментально-биологической модели болезни, в известной степени напоминающей этиопатогенез и конечные клинико-анатомические изменения в организме животного. Однако Б.В.Ключарев считает, что "перенесение на человека выводов, полученных у экспериментальных животных под влиянием эстрогенных веществ, требует крайней осторожности и критического отношения".

Известную роль в развитии данного заболевания, надо полагать, играет и другой путь — гуморальный. Здесь импульсы, возникающие в коре головного мозга, воздействуют на гипофиз, а изменения деятельности последнего вызывают нарушения функциональной деятельности половых желез /Неменов, Соболев и др./.

Поэтому Б.В.Ключарев /1953/ пишет: "...патологическое состояние отдельных эндокринных желез изменяет и интерорецептивные влияния на центральную нервную систему и ее кору. При этих условиях воздействие экстерорецептивных раздражителей на кору при уже измененном функциональном состоянии последней может привести к "порочному кругу", что создает новые формы взаимоотношений между корой и внутренними органами. Очевидно, химические вещества — эстрогены, действуя на интерорецепторы условно-рефлекторным или гуморальным путем, воздействуют на нервные клетки

больших полушарий, которые в свою очередь посылают ответные импульсы к периуретральным железам, что и вызывает их патологическое состояние, их рост". А увеличение последних "...ведет к сдавлению собственной ткани простаты и ее постепенной атрофии".

Подводя итог изложенному выше, мы видим, что в проблеме этиопатогенеза аденомы предстательной железы за последние пятьдесят лет произошла значительная эволюция мнений, а различные теории возникновения разбираемой нами болезни: механическая /Морганьи, Гоме, Мерсье/, артериосклеротическая /Гюйон/, воспалительная /Цихановский/, опухолевая /Альбарран и Галле/ - утратили свое значение.

В настоящее время всех авторов объединяет мнение, по которому в патогенезе аденомы предстательной железы /клинико-морфологическая картина/ главным является нарушение гормонального равновесия, регулируемого яичками и гипофизом, с одной стороны, и центральной нервной системы - с другой. Дистормональное состояние как в старческом организме человека, так и у экспериментальных животных при избытке у них эстрогенных веществ заканчивается, повидимому, преобладанием женского полового гормона над мужским, что приводит к патологическому росту периуретральных желез и образованию аденомы предстательной железы. Однако увеличение простаты не всегда ведет к задержке мочи. Для возникновения последнего известную роль играют влияния на организм ряда физических моментов, ведущих к застойным явлениям в органах малого таза, в том числе в предстательной железе, мочевом пузыре и пр., как-то: длительное задержа-

ние мочи, переохлаждение, переутомление, нарушение диеты, особенно употребление алкоголя, половые излишества и т.п.

Все это позволяет нам сделать следующие выводы:

1. Длительное, латентное раздражение вегетативной и центральной нервной системы, коры головного мозга, вероятно, поддерживаемое дистормональным состоянием вследствие старческой инволюции половых желез, ведет к гиперплазии переуретральных желез, типа аденомы /патология интерорецептивных связей/.

2. Неоднократные повторные раздражения коры головного мозга /физические моменты/ приводят к нервно-дистрофическим процессам в мочеполовой сфере, выражением которых является, в известной стадии болезни, хроническое или острое задержание мочи /патология экстерорецептивных связей/.

3. Все гормональные влияния и сдвиги, происходящие в организме, осуществляются при обязательном участии нервной системы, ведущую роль в котором занимает ее высший отдел, кора головного мозга. "Этот высший отдел", - пишет И.П.Павлов, - держит в своем ведении все явления, происходящие в теле".

ГЛАВА П

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Патологическая анатомия аденомы предстательной железы в настоящее время достаточно изучена. Этому вопросу, как известно, посвящено много работ, количество которых увеличивается с каждым годом. Большинство из них являются клинико-морфологическими исследованиями. Гистологическая часть в них изложена в достаточной мере и в отношении структуры обычной аденомы среди авторов разногласий не отмечается.

Для патолого-анатомического исследования за последние полвека использован не только секционный, но и свежий операционный материал, полученный при аденомэктомии. Этим он отличается от материала, полученного старыми авторами, пытавшимися разрешить вопросы патогенеза и морфогенеза лишь на секционном материале.

После осуществления в 1935 году синтеза андрогенных, а в 1938–1939 годах эстрогенных веществ, изучения их биологического и фармакологического действия, у нас в Советском Союзе стали широко применяться синэстрол, диэтилстилбестрол, тестостерон-пропионат, метилтестостерон. Морфологи использовали их в эксперименте с целью создания биологической модели некоторых болезней /аденомы и рака предстательной железы, саркомы, фибромиомы/, а клиницисты — в клинической практике с целью лечения аденомы и рака предстательной железы, фиброаденомы молочной железы и проч.

А.Б.Топчан и А.А.Померанцев /1949/ первые предложили методику лечения аденомы и рака предстательной железы синэстролом. На довольно большом клиническом материале /224 сл/ в 76,2% авторы наблюдали клиническое выздоровление больных с аденомой предстательной железы. Клинический эффект от применения синэстрола, по мнению Топчан и Померанцева, зависит от уменьшения размера аденоматозной предстательной железы в результате наступающего атрофического процесса ее эпителия. Однако другие авторы /Л.М.Шабад, А.П.Фрумкин, И.Н.Шапиро, Г.Я.Алапин, И.И.Соболев, Б.В.Ключарев и др./ при гистологическом исследовании не находили атрофического процесса в аденоме предстательной железы под влиянием синэстрола.

Патоморфологическая картина аденомы предстательной железы после лечения больных синэстролом в настоящее время изучена еще недостаточно.

Я.Л.Рапопорт /1951/, проводя гистологическое исследование аденомы предстательной железы, где применялось воздействие синэстрола, находил обильную десквамацию и атрофию эпителия. Это, по мнению автора, приводит к уменьшению предстательной железы в размерах.

Л.М.Шабад /1951/ при гистологическом исследовании аденомы предстательной железы, где применялся для лечения больных синэстрол, не находил в ней каких-либо атрофических процессов. Автор указывает, что на известной стадии синэстрол вызывает пролиферацию эпителия в аденоме с тенденцией перехода ее в рак. Кроме того, Шабад в этих случаях находил значительное разрастание фибромускулярной стромы

в предстательной железе, нередко отмечался фиброз органа.

А.А.Лапин /1955/ из 80 исследованных препаратов аденом предстательных желез, леченных большими дозами синэстрола /до 2000 мг на курс/, ни в одном случае не наблюдал дегенеративные или десквамативные процессы с явлениями атрофии аденоматозной ткани.

Таким образом, относительно изменений гистологических структур в аденоме предстательной железы под влиянием синэстрола наблюдения Шабада и Рапопорта противоположны друг другу. Данные Лапина свидетельствуют о том, что какой-либо разницы в строении обычной аденомы простаты по сравнению с аденомами, леченными синэстролом, не имеется.

Изучение нашего операционного материала обратило наше внимание еще в 1949-1951 годах на наблюдающиеся технические трудности при операции аденомэктомии у больных, лечившихся до этого большими дозами синэстрола. Они заключались в том, что у некоторой части больных тупое вылушивание аденомы было невозможным из-за наличия фиброзных сращений между аденоматозной опухолью и предстательной железой. В отдельные моменты операции мы вынуждены были прибегать к иссечению аденоматозных узлов ножницами. В одном случае операция закончилась частичным иссечением предстательной железы. Больше чем в половине случаев нам приходилось отсекаать аденому от уретры, к чему почти не прибегали у больных не лечившихся синэстролом. Более того, у леченных синэстролом во время операции, а также в послеоперационном периоде нередко наблюдалось профузное кровотечение из простатического ложа /ранее и позднее: вторичное кровотечение/.

У больных не лечившихся синэстролом кровотечение наблюдалось исключительно редко.

Мы предполагали, что указанные выше клинические явления стоят в прямой зависимости от влияния синэстрола на аденоматозную ткань железы.

В свете вышеизложенного становится актуальным вопрос изучения морфологии типичной формы аденомы, а также структурных изменений в ней, происходящих под влиянием синэстрола.

С этой целью мы использовали как литературные данные, так и собственный материал 138 аденом, из них 109 у больных не леченных синэстролом и 29 аденом — у леченных.

Изучение гистологического строения проводилось частью на серийных гистотопографических срезах, частью — биопсии. Препараты были окрашены гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

Весь наш материал мы распределили на две неравных группы. В первой из них /109 случаев/ лечение проводилось только хирургическое — аденомэктомия, во второй /29 случаев/ — до удаления аденомы больным проводилось лечение синэстролом по методике А.Б.Топчан и А.А.Померанцева, не давшее, однако, положительного клинического эффекта независимо от дозы синэстрола и продолжительности лечения.

Мы сочли целесообразным предпослать изложению собственного материала литературные данные о макро-и микроскопическом строении аденомы предстательной железы.

При анализе собственного материала мы рассмотрели отдельно морфологию аденомы не леченных и леченных син-

эстролом с той целью, чтобы при сравнении клинических и морфологических данных обеих групп мы могли получить ответ на вопрос, имеющий важное практическое значение, а именно: чем же обычно объясняются те трудности, которые встречались нам при оперировании больных, лечившихся синэстролом.

Г. Макроскопическое строение обычной аденомы предстательной железы /Данные литературы/

Вес и форма аденомы подвержены значительным колебаниям. В начальных стадиях болезни она бывает небольшой, а по мере развития патологического процесса достигает значительного веса. Б.В.Ключарев на 90 случаях в подавляющем большинстве наблюдал аденомы предстательной железы весом в 80-100 граммов. Некоторые авторы /Томпсон, Б.Н.Хольцов, Л.И.Дунаевский, Б.В.Шолков и др./ сообщали об аденомах до 400 граммов и больше.

Формы аденомы чаще встречаются шаровидные, реже цилиндрические и грушевидные. Поверхность их обычно гладкая, иногда неровная, консистенция эластическая. Чаще всего аденомы состоят из двух долей /боковых/ одинаковой величины, реже одна меньше другой, соединенные своими внутренними поверхностями между собой.

Иногда, наряду с этими боковыми долями, имеются еще мелкие одиночные или множественные узелки. В верхней и нижней части аденоматозной опухоли видны отверстия простатической части мочеиспускательного канала. Последний проходит через аденому между ее долями и вместе с ней подвер-

гается удлинению и расширению, деформируется. В некоторых случаях аденома представляется в виде трех долей, из которых средняя доля располагается в области задней губы шейки мочевого пузыря, имея разнообразную форму на широком или узком основании. Обычно размер ее небольшой /от боба до лесного ореха/.

При цилиндрической форме аденомы доли ее, как правило, не велики и вытянуты спереди назад, упругой консистенции; мочеиспускательный канал, проходящий внутри аденомы, также вытянут, без изгибов.

Поверхность "опухоли" большей частью гладкая со слабо выраженной волокнистой оболочкой, иногда последняя выражена довольно значительно и напоминает обрывки капсулы.

На разрезе аденомы предстательной железы видно, что увеличение ткани не гомогенно, что периуретрально по направлению к устью пузыря имеются ограниченные то одиночные узлы, то множественные. Они тесно связаны со слизистой оболочкой мочеиспускательного канала /Б.В.Ключарев/. Нередко встречаются аденомы с гомогенной поверхностью на разрезе без заметного узлообразования.

В зависимости от взаимоотношения аденомы предстательной железы с мочевым пузырем и прямой кишкой различают два типа аденомы - субвезикальный и интравезикальный.

По данным Г.Л.Ратнер /1952/ из 52 умерших мужчин старше 50 лет, имевших аденому предстательной железы, у 42 оказался субвезикальный тип аденомы предстательной железы, у 5 - эндовезикальный и у 5 - смешанный.

При субвезикальном типе аденомы предстательной железы

исходным пунктом патологического процесса является любой отдел железы, но чаще всего периуретральная группа железистых элементов. Разрастающаяся железистая опухоль, по мнению Б.В.Ключарева, не растягивает внутренний гладкий сфинктер и не прорастает через него в мочевой пузырь. Рост аденомы направлен в сторону прямой кишки, под мочевой пузырь, который в свою очередь приподнимается. Взаимоотношения между устьем мочевого пузыря, мочеиспускательным каналом и его мышечным аппаратом не изменяются, но иногда внутреннее отверстие уретры может быть сдвинуто кпереди или кзади. Оно не выступает в полость мочевого пузыря, как это имеет место при интравезикальном типе. Задняя стенка мочевого пузыря имеет почти ровную плоскость, позадипростатическая ямка отсутствует.

Аденома развивается позади гладкого сфинктера, который отодвигается ею к периферии. Отверстие устья мочевого пузыря имеет обычную форму и при введении в устье пальца /во время операции/ сфинктер оказывает некоторое сопротивление. Простатическая часть мочеиспускательного канала, находящаяся между семенным бугорком и устьем пузыря, подвергается изменениям: изменяются длина, форма и направление. Аденоматозные узлы при этом типе бывают различной величины — от боба до круп^ного яблока, причем дизурические явления и задержание мочи не зависят от величины аденомы, а являются результатом изменений в задней части мочеиспускательного канала и тонуса пузырной мышцы.

При интравезикальном типе аденомы предстательной железы изменения касаются большей частью внутреннего отверстия мочеиспускательного канала, которое окружается аде-

номой, проникающей в полость мочевого пузыря. Форма и величина аденом подвержена значительным колебаниям. Боковые доли или симметричны или асимметричны, поверхность их гладкая, реже бугристая, покрыта истонченной слизистой оболочкой мочевого пузыря, мышечная ткань внутри пузырной части аденоматозной опухоли отсутствует. Иногда обнаруживается аденома в виде полипа на широком основании, что соответствует третьей /средней/ доле. В результате разрастания аденоматозных узлов устье мочеиспускательного канала принимает самую разнообразную форму – щели вытянутой в сагитальном направлении, подковы или форму кратера /при цилиндрической и грушевидной равномерной форме аденомы/. По мере увеличения аденоматозных узлов кольцо внутреннего сфинктера постепенно растягивается. Изменения гладкого сфинктера выражаются в истончении мышечных волокон, а иногда даже в атрофии их /Н.Рапопорт/. Эти изменения стоят в прямой зависимости от длительности течения болезни и увеличения аденоматозных элементов в предстательной железе. Последнее в свою очередь приводит к нарушению функции гладкого сфинктера как в смысле замыкания, так и открытия.

При интравезикальном типе растущая аденома выступает в полость пузыря, пузырный треугольник вместе с устьем мочевого пузыря приподнят, а позадибужеточниковой складки образуется углубление – позадипростатическая ямка.

Простатическая часть уретры претерпевает значительные изменения: увеличивается ее длина, изменяется форма и просвет. В результате роста аденомы в сторону пузыря, уретра удлиняется и может достигать длины до 8 см. /Дунаев-

ский/ или 10 и больше сантиметров /Ключарев/. Изменения уретры касаются части ее от семенного бугорка в сторону пузырного устья. В зависимости от роста аденоматозных узлов в соответствующей доле предстательной железы изменяются ширина и направление мочеиспускательного канала. Как правило, последний вытягивается в передне-заднем направлении. Он принимает чаще всего веретенообразную форму. Неравномерный рост боковых долей ведет к изменению направления мочеиспускательного канала. В области семенного бугорка на задней стенке мочеиспускательного канала образуется вдавление. Отсюда уретра резко изгибается и направляется вперед с образованием тупого, а иногда острого угла. Нормальное дугообразное направление канала, таким образом, исчезает, что служит препятствием для проведения катетера с целью отведения мочи при остром задержании ее. Настойчивая попытка провести катетер, как правило, ведет к образованию ложного хода.

Аденома тесно сращена с простатической частью мочеиспускательного канала, в то время как с периферической частью предстательной железы она связана волокнистой фибромускулярной оболочкой, чем объясняется легкость вылушивания аденоматозных узлов при операции.

Таким образом, характерной особенностью для интравезикального типа аденомы является то, что аденоматозная опухоль исходит из центральной части железы, т.е. из группы периуретральных желез. Аденома сращена с верхней частью простатического отдела мочеиспускательного канала, причем эти аденоматозные узлы растут в различных направле-

ниях, оттесняя собственно предстательную железу к периферии. Аденоматозная опухоль проникает в мочевой пузырь через кольцо внутреннего сфинктера, оттесняя последний к периферии или раздвигая его.

На удаленной аденоматозной опухоли нередко можно видеть следы кольца гладкого сфинктера в виде вдавления, получающиеся в результате противодействия, оказываемого сфинктером росту растягивающей его аденомы. Страдает большей частью заднее кольцо внутреннего сфинктера вследствие того, что аденоматозная опухоль чаще всего растет кзади, в то время как передняя часть его может остаться без заметных изменений.

В зависимости от давности течения и стадии болезни развиваются деструктивные изменения со стороны гладкого сфинктера пузыря, изменяются форма и направление простатического отдела мочеиспускательного канала вследствие увеличения аденоматозных узлов, страдает пузырная мышца, в результате пузырь теряет способность полностью опорожняться, в нем имеется остаточная моча. Все это ведет к повышению внутрипузырного давления, которое вызывает еще более усиленную работу пузырной мышцы, последняя вначале гипертрофируется, а затем подвергается атрофии. Все возрастающее внутрипузырное давление приводит к более грубым деструктивным изменениям со стороны всей мочевой системы и ведет к потере эластичности мышечных волокон. Пузырь и мочеточники перестают сокращаться, моча застаивается в мочевых путях, наступает дилатация их. Это ведет медленно, но неуклонно к образованию различной степени гидро-уретро-пиэлоэктазии и иногда гибели больного.

Патолого-анатомические исследования, проведенные подавляющим большинством авторов /А.И.Абрикосов, А.П.Гриненко, И.М.Верткин, К.Т.Овнатян, Н.М.Борисовский и др./ показывают, что исходным пунктом образования аденомы является центральный отдел предстательной железы, а именно группа периуретральных желез.

На 2-й Всесоюзной конференции урологов в 1951 году А.Б.Топчан в своем докладе указывал, что "гистологически нельзя отличить периуретральные железы от собственно предстательной железы", и что "нет особых периуретральных желез", и поэтому автор возражает против деления предстательной железы на два отдела - центральный и периферический, считает, что рост аденомы может произойти из любого участка железы.

В своих докладах на той же конференции урологов В.П.Коноплев, Б.В.Ключарев, Л.М.Шабад и др., не разделяли точки зрения Топчана. Они считают, что исходным пунктом развития аденомы простаты являются периуретральные железы, подтверждая это экспериментальными работами над животными.

2. Гистологическое строение аденомы предстательной железы

Гистологическому строению аденомы предстательной железы посвящено много работ. Формы аденомы большинство авторов /Томпсон, Каспер, Альбарран и Галле, Л.И.Дунаевский, Б.В.Шолков и А.Р.Эльцберг, М.А.Мир-Касимов и др./ определяют в зависимости от преобладания тех или иных элементов, а именно: железистых, мышечных и соединительнотканых.

Различают три основные формы аденомы предстательной железы - аденому, аденофиброму, фибромиоаденому. Кроме того существуют различные переходные формы.

Альбарран и Галле /1900/, исследуя 100 препаратов аденом предстательной железы, получили следующие данные:

Таблица 1

1. Железистая форма	- 32 случая
2. Смешанная /аденофиброма/	- 51 "
3. Соединительнотканная /фиброма/	- 3 "
4. Рак предстательной железы.....	- 14 "

Каспер /1905/ делит аденому на три формы:

Таблица 2

1. Миоматозную, ограниченно узловатую /соответствует смешанной/;
2. Миоматозную диффузную /соответствует соединительнотканной/;
3. Железистую.

Л.И.Дунаевский /1935/ различает четыре формы аденомы предстательной железы, частота их на его материале представлена в таблице 3.

Таблица 3

1. Аденоматозная форма	- 46,5%
2. Фиброаденома /смешанная/	- 39,2%
3. Фиброзная /соединительнотканная/	- 10,7%
4. Аденомиома	- 3,5%

Данные гистологического исследования удаленных аденом предстательных желез, произведенных Б.В.Шолковым и А.Р.Эрцбергом /1927/ представлены в таблице 4.

Таблица 4

1. Аденоматозная /цисто-аденома/	- 38 случ.	/80,9%/
2. Миофиброцистоаденома	- 5 "	/10,6%/
3. Аденокарцинома	- 4 "	/ 8,5%/

М.А.Мир-Касимов /1938/ приводит следующие данные гистологического исследования ткани аденом /таблица 5/.

Таблица 5

1. Аденома	- 42 случ.	/43,7%/
2. Аденофиброма	- 44 "	/45,8%/
3. Фибромиома	- 3 "	/ 3,2%/
4. Карцинома	- 7 "	/ 7,3%/

Г.Л.Ратнер /1952/ при гистологическом исследовании предстательной железы трупного материала нашел следующие формы:

Таблица 6

1. Аденома	- 24 случая
2. Аденофиброма	- 6 "
3. Фибромиома	- 2 "
4. Рак предстательной железы.	- 1 "

Наиболее полный анализ результатов гистологического исследования /90 биопсий/ приведен Б.В.Ключаревым /1953/ /таблица 7/.

Таблица 7

1. Аденоматозная форма	- 68 случ.	/75,5%/
2. Адено-фиброзная	- 7 "	/ 7,7%/
3. Адено-мышечная	- 6 "	/6,6%/
4. Адено-фибро-мышечная	- 2 "	/2,2%/
5. Фиброзное разрастание	- 1 "	/1,1%/
6. Атипическое разрастание эпите- дия /соответствует пролифери- рующей форме аденомы/	- 1 "	/1,1%/
7. Рак предстательной железы.....	- 5 "	/5,5%/

Из данных вышеприведенных авторов, представленных в таблицах 1,2,3,4,5,6 и 7 видно, что преобладающей формой аденомы предстательной железы является аденоматозная. Она встречается в 32-80% случаев. Однако смешанная форма аденофиброма - также встречается часто. У Л.И.Дунаевского она составила 39,2%, а у А.М.Мир-Касимова - 45,8%. Напротив, у Б.В.Шолкова смешанная форма аденомы встретилаь только в 10,6% случаях, у Г.Л.Ратнера - в 6 из 33, у Б.В.Ключарева в 7,7%. По данным И.Г.Лейбмана/1952/ аденоматозная форма аденомы простаты встретилаь в 70% случаях.

Следует отметить, что при гистологическом исследовании как операционного, так и секционного материала предстательной железы вышеуказанные авторы в 5,5 -14% находили и рак предстательной железы.

3. Характеристика собственного материала

а/ Макроскопическое строение аденомы предстательной железы у больных, не леченных синэстролом

Наш операционный материал за период 5 лет /1949-1953/ составляет 138случаев аденомы предстательной железы, уда-

ленных оперативным путем по методу С.П.Федорова и Б.Н.Хольцова, из них 109 не леченных синэстролом и 29- леченных. Удаленные аденомы различались нами по своему весу и форме. Мы чаще всего наблюдали аденомы весом в 40-100 граммов, но иногда встречались аденомы весом до 165 граммов /табл.8/.

Таблица 8

Вес аденомы в граммах	Число случаев
до 20	22
от 21 до 40	26
от 41 до 50	20
от 51 до 100	17
от 101 и выше	5
Всего	90
Сведений нет	19

Удаленные аденомы предстательной железы были различной формы, чаще шаровидные /рис.2,3,4/, реже цилиндрические и грушевидные /рис.5,6,7,8,9/. Поверхность их была гладкая, иногда встречались они с неровной поверхностью /рис.2,4/, консистенция эластическая. На нашем материале мы чаще всего наблюдали аденомы предстательной железы, состоящие из двух долей /боковых/ одинаковой величины. Однако мы наблюдали и такие аденомы, когда одна доля была меньше другой /рис.9,10/. Доли были соединены своими внутренними поверхностями между собой. Это соединение или перемычка соответствует задней продольной борозде, где



Рис.2

Аденома шаровидной формы, симметричная, узловатая. Вес 56 грамм /собств.материал/

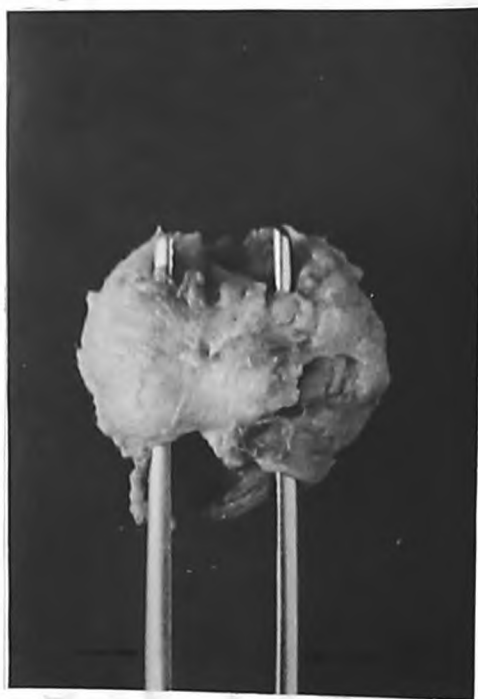


Рис.3

Аденома шаровидной формы, симметричная. Вес 26 грамм. В уретру вставлен пинцет.



Рис.4

Аденома шаровидной формы, узловатая, симметричная. Уретра широкая, Вес 82 гр.

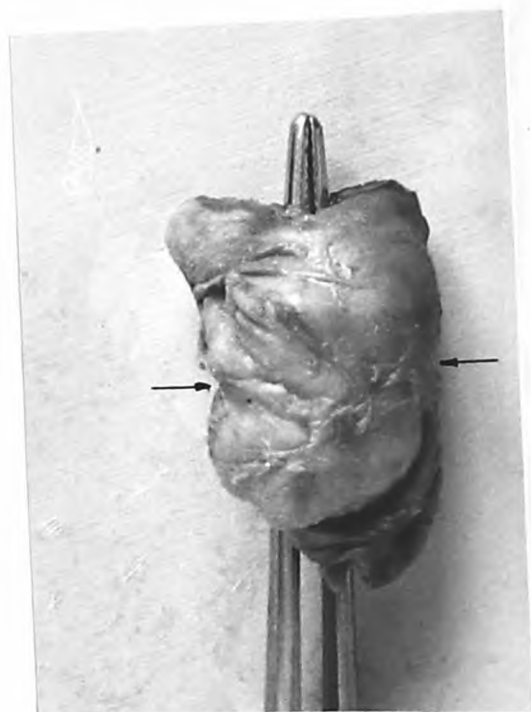


Рис.5

Аденома цилиндрической формы. В средней части ее видно вдавление — следы кольца сфинктера /стрелка/. Вес 38 гр. В уретру вставлен пинцет.

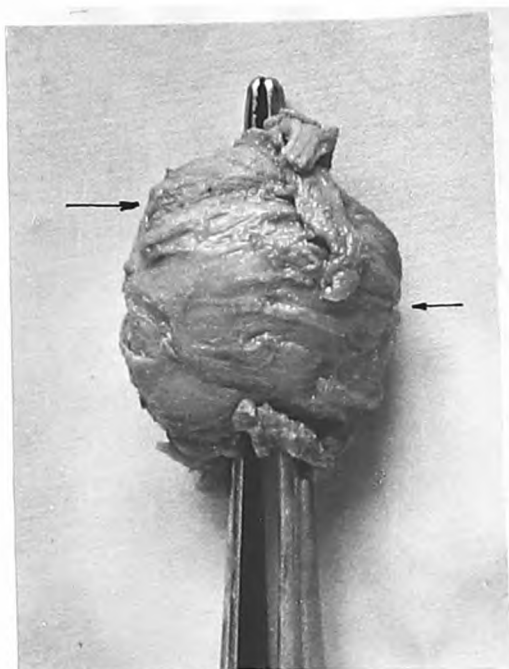


Рис. 6

Аденома цилиндрической формы. Видны вдавления
- следы кольца сфинктера /стрелка/. Вес 41 гр.
В уретру вставлен пинцет.



Рис. 7

Аденома грушевидной формы, симметричная.
Видны следы кольца сфинктера /показано
стрелкой/. Вес 56 гр.

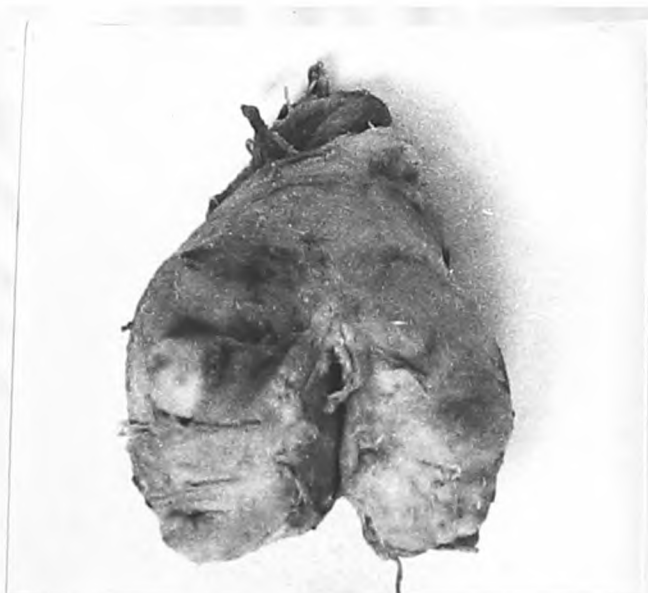


Рис. 8

Аденома грушевидной формы, равномерная, видны обрывки волокнистой капсулы. Мочеиспускательный канал щелевидный, вытянут в сагиттальном направлении. Вес опухоли 67 гр.



Рис. 9

Аденома грушевидной формы, состоящая из 3-х долей. Вес 44 гр.

проходит мочеиспускательный канал /рис.3,8/.

Наряду с этими боковыми долями на нашем материале иногда встречались более мелкие одиночные или множественные аденоматозные узлы /рис.2,4/. В некоторых случаях аденома состояла из трех долей /рис.5,9,10/. Третья доля располагалась в области задней губы шейки мочевого пузыря. Форма ее варьировала, но чаще она имела вид шара или полипа.

На разрезе ткань аденомы представлялась узловатой /рис.12,13,14/, причем узлы, как правило, локализовались периуретрально и были тесно связаны со слизистой оболочкой мочеиспускательного канала.

В некоторых аденомах ткань имела гомогенный характер, без заметного узлообразования /рис.15/. На разрезе она представлялась сочной, иногда полупрозрачной, выступающей над поверхностью разреза /рис.12,13,14/.

Изменение просвета и направление простатического отдела мочеиспускательного канала зависели от формы аденомы предстательной железы /рис.16,17,18/.

Так, где аденома имела неравномерный рост аденоматозных узлов, ход уретры был искривлен /рис.16/. Если аденома была увеличена равномерно, то искривления уретры не наступало, но происходило расширение ее просвета /рис.17,18/.

При этом отмечались изменения и со стороны мочевого пузыря - гипертрофия пузырной мышцы, нередко трабекулярность его, а треугольник Льюто приподнимается кпереди /рис.16-18/.



Рис. IО

Аденома грушевидной формы, состоящая из 3-х долей. Вес 46 гр.



Рис. II

Аденома /IО/ при вскрытии передней перемычки, соединяющей обе боковые доли простаты /вид со стороны уретры/.

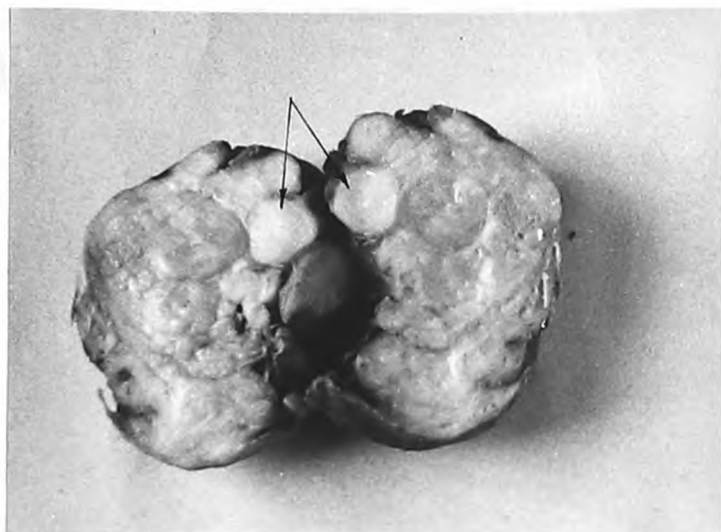


Рис. 12

Разрез поперечный. Разного размера аденоматозные узлы расположены ближе к уретре /стрелка/.

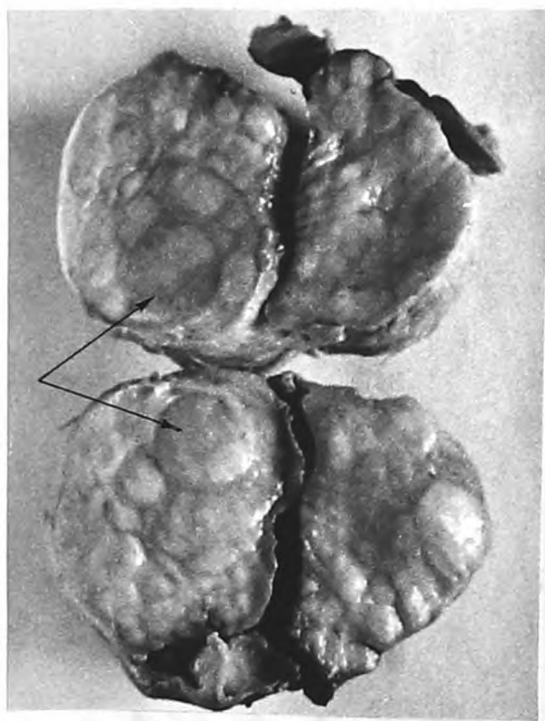


Рис. 13

Разрез поперечный. Разного размера аденоматозные узлы расположены ближе к уретре /стрелка/.



Рис. 14

Разрез поперечный. Аденоматозные узлы расположены по всей опухоли

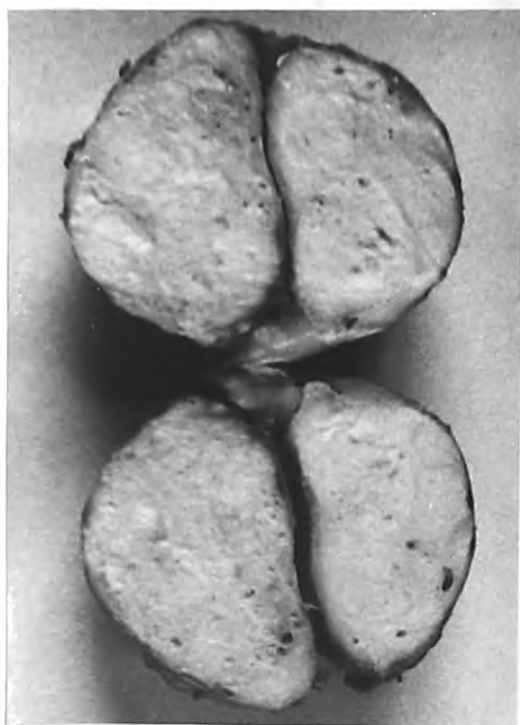


Рис. 15

Поперечный разрез. Ткань аденомы однородная, видны мелкие аденоматозные узлы.



Рис. I6

Вид спереди на вскрытом пузыре. Увеличенная левая доля простаты. Мочеиспускательный канал удлинен и искривлен /а/.

Устье пузыря открывается сбоку слева в виде щели /б/. Задняя губа шейки пузыря приподнята /в/.

Позадипростатическая ямка заметно выражена /г/. В мочеточниковые отверстия вставлены спички.



Рис. I7

Вид спереди на вскрытом пузыре. Аденома состоит из двух узлов: один слева у семенного бугорка /а/, второй справа у самого отверстия уретры /б/. Искривление простатической части уретры незначительное, устье пузыря имеет форму кратера. Пузырная стенка резко утолщена /в/, трабекулярность выраженная /г/. В мочеточниковые отверстия вставлены спички.

б/ Гистологическое строение аденомы у больных,
не леченных синэстролом

Частота форм аденомы по данным гистологического строения у больных, не леченных синэстролом, на нашем материале распределяются следующим образом /по классификации Б.В.Ключарева/:

Таблица 9

Формы аденомы предстательной железы	Число случаев	Процентное отношение
Адено-кистозная	86	78,9%
Адено-фиброзная	4	3,7%
Адено-мышечная	2	1,85%
Адено-мио-фиброзная....	2	1,85%
Адено-кистома пролиферирующая	11	10%
Раковое перерождение аденомы	4	3,7%
Итого ...	109	—

Из таблицы 9 видно, что адено-кистозная форма составила 78,9%, адено-фиброзная - 3,7%, адено-мышечная - 1,85%, адено-мио-фиброзная - 1,85%, адено-кистома пролиферирующая - 10% /соответствует атипическому разрастанию эпителия по Ключареву/ и раковое перерождение - 3,7%.

Приводим в качестве иллюстрации 5 историй болезни различных форм аденомы предстательной железы и один случай малигнизации ее у больных, не леченных синэстролом.

И. Большой К., 65 лет /ист.бол. № 304/, поступил в урологическое отделение 16 января 1953 г. с острой задержкой мочи /остаточная моча 800 мл/.

Клинический диагноз: аденома предстательной железы Ш ст., острый цисто-уретрит.

20/І-1953 г. произведена операция - наложение надлобкового мочепузырного свища.

16/ІІ-1953 г. операция аденомэктомии. Гладкое послеоперационное течение. Мочеиспускание восстановилось.

Удаленная аденома состоит из двух долей, эластической консистенции с гладкой поверхностью. Размеры: 5,5 x 4,5 x 3 см. Вес 41 грамм.

Гистологическое исследование препарата № 8446: 20/УІІ-1953 г.

Среди фибромускулярной основы расположены дольки железистой ткани неравномерной величины. По периферии препарата эти дольки состоят преимущественно из кистозных полостей, выстланных низким кубическим эпителием, местами резко уплощенным, особенно в крупных полостях. Просветы некоторых кист совершенно пусты /рис.19/, другие - заполнены то прозрачным, то сгущающимся секретом, образующим местами мелкие слоистые образования-амилоидные тельца /рис.20/.

Наряду с такими кистозными образованиями видны ветвящиеся железистые трубочки, выстланные высоким цилиндрическим эпителием с ядрами, заложенными у основания /рис.21/. В просвете единичных железистых трубочек содержатся слущенные эпителиальные клетки с примесью лейкоцитов /рис.22/. Некоторые железистые трубочки сдавлены, имеют щелевидную форму /рис.23/.

Фибромускулярная ткань местами отекая, содержит небольшое количество лимфоидных элементов, располагающихся в виде тяжей или отдельных очагов, в препарате паренхима преобладает над стромой.

Кровеносные сосуды преимущественно типа капилляров, и мелких артерий, единичные, содержат небольшое количество эритроцитов. По периферии узла небольшие кровоизлияния.

Заключение: Адено-кистозная форма аденомы предстательной железы с очаговой хронической воспалительной инфильтрацией фибромускулярной основы.



Рис. I8

Вид спереди на вскрытом пузыре. Аденома состоит из двух долей, одна чуть меньше другой /левой/. Пузырный треугольник приподнят /а/. Пузырь трабекулярный /б/. В мочеточниковые отверстия вставлены спички.

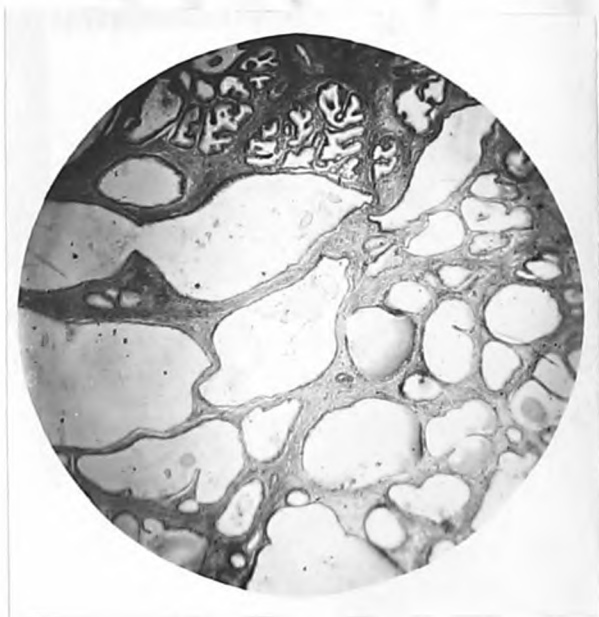


Рис. I9

Кистозная гиперплазия аденомы простаты. Мелкие "кисты" выстланы кубическим эпителием, крупные — уплощенным. Микрофотография; ок.5 х об.20.

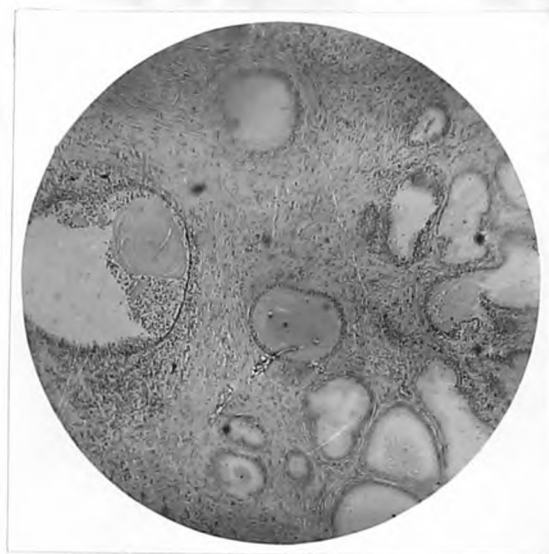


Рис.20

Тот же препарат, но другой участок. Просветы "кист" заполнены сгущающимся секретом.
Микрофотография; $\text{ок. } 7 \times \text{об. } 8$.



Рис.21

Ветвящиеся железистые ячейки выстланы высоким цилиндрическим эпителием с ядрами, заложенными у основания. Микрофотография; $\text{ок. } 5 \times \text{об. } 20$.

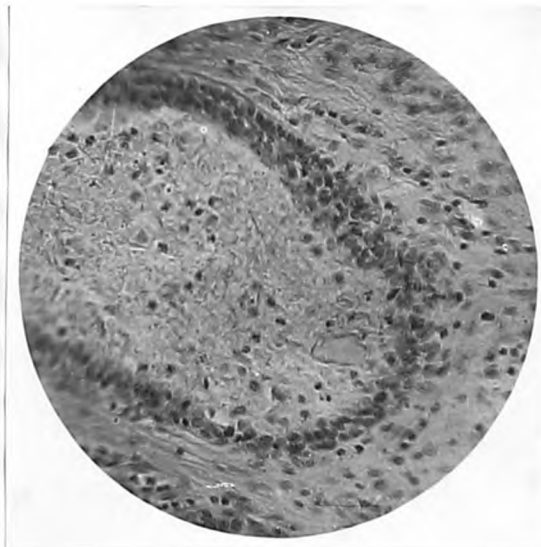


Рис.22

В просветах железистых трубочек видны эпителиальные клетки с примесью лейкоцитов.
Микрофотография; ок. 7 х об.40.



Рис.23

Сдавленные железистые трубочки, расположенные среди отекающей фибромускулярной основы /стрелки/. Микрофотография;
ок.7 х об.8.

2. Больной П., 67 лет /ист.бол. № 2156/, поступил в урологическое отделение 24/III-1953 г. с острой задержкой мочи. Дизурические расстройства с 1949 года. Полное задержание мочи наступило II/III-1953 года.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Острый цистит. Эмфизема легких.

25/III-1953 г. произведена операция эпицистостомии.

7/У-1953 г. операция аденомэктомии. Гладкое послеоперационное течение. Выписан с прозрачной мочей, мочеиспускание учащенное, остаточной мочи нет.

Удаленная аденома шаровидной формы, эластической консистенции, с гладкой поверхностью, размерами 5x4x3 см. Вес 30 граммов.

Гистологическое исследование препарата № 8834 28/III-1953 г.

В центральной части препарата видна узкая щель, выстланная переходным эпителием /уретра/.

В обеих боковых долях среди фибромускулярной основы расположены дольки железистой паренхимы, неравномерной величины, отделенные более толстыми прослойками соединительной и мышечной ткани /рис.24/.

Среди фибромускулярной стромы большая часть железистых трубочек извилистой формы, выстлана высоким цилиндрическим эпителием, некоторые из них имеют овальную форму. В других участках - кистовидно-растнувшие полости, выстланные уже уплощенным эпителием. Просветы кист большей частью пусты. В просветах извилистых железистых трубочек кое-где содержится то жидкий, то местами сгущающийся секрет /рис.25/, а иногда небольшое количество слущенных эпителиальных клеток /рис.26/.

Около мочеиспускательного канала видны единичные очаговые мелкоклеточные инфильтраты и один узелок фиброматозной ткани с большим количеством сосудов с резко утолщенной стенкой, местами гиалинизированной.

Заключение. Железистая форма аденомы предстательной железы.

3. Больной А., 65 лет /ист.бол. № 2176/, поступил в урологическое отделение 7/У-1951 г. с острой задержкой мочи, наступившей внезапно после употребления браги 29/IV-1951 г.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст.

8/У-1951 г. произведена операция эпицистостомии и двухсторонняя вазорезекция.

24/УШ-1951 г. под спинно-мозговой анестезией произведена аденомэктомия. Гладкое послеоперационное течение. Мочеиспускание восстановилось на 12-й день после операции.



Рис.24

Поперечный разрез. Среди фибромускулярной основы расположены железистые дольки неравномерной величины. Около уретры виден фиброматозный узелок /а/. Фотография; Лупа.



Рис.25

Железистые трубочки извилистой формы и кистовидно-растянутые, выстланные местами цилиндрическим, местами уплощенным эпителием. Микрофотография: ок.7 х об.8.



Рис.26

Тот же препарат /25/. Слученные эпителиальные клетки в просветах железистых ячеек.
Микрофотография; ок. 5 х об.20



Рис.27

Участок препарата, состоящий преимущественно из мышечной и фиброзной ткани. Кое-где видны одиночные неправильной формы железистые ячейки.
Микрофотография, ок.7 х об.8.

Удаленная аденома состоит из двух долей, шаровидной формы, плотной консистенции; на разрезе — ткань серого цвета, вокруг уретры дольчатая, к периферии препарата — однородная. Размер: 3х3, 5х2 см. Вес 23 грамма.

Гистологическое исследование препарата № 6610 27/УП-1951 года.

Среди толстых пластов фибромускулярной стромы расположены неодинаковой величины и формы дольки железистой паренхимы. Большей частью железистые трубки выстланные цилиндрическим эпителием, не складываются в дольки /рис.27/. Между ними проникают мощные пучки мышечной и соединительнотканной стромы. Просветы трубок пусты.

В некоторых участках препарата встречаются ветвистого характера железистые трубки, выстланные высоким цилиндрическим эпителием, однако кое-где виден низкий цилиндрический. Кроме того изредка, главным образом по периферии препарата располагаются щелевидной формы железистые трубки выстланные местами кубическим, местами многорядным эпителием.

В препарате преобладает мышечная ткань над паренхимой.

Кровеносные сосуды разного калибра, содержат в просветах эритроциты.

Заключение. Железисто-мышечная форма аденомы предстательной железы.

4. Больной С., 56 лет /ист.бол.№ 209/, поступил в урологическое отделение 3/I-1953 года с острой задержкой мочи /остаточная моча 800 мл./

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы
III ст. Острый цистит.

5/I-1953 г. произведена операция эпицистостомии.

27/I-1953 г. — операция аденомэктомии. Гладкое послеоперационное течение. На 20-й день больной выписан с самостоятельным мочеиспусканием без остаточной мочи в пузыре.

Удаленная аденома весом 27 граммов неправильно овальной формы, плотной консистенции. На разрезе — ткань узловатая. Некоторые узлы, более крупные и однородные, другие меньшей величины "нроздреваты"; ближе к периферии расположены отдельные крупные кисты /рис.28/.

Гистологическое исследование препарата № 8420 8/IX-1953 г.

По периферии удаленной ткани располагается крупный, четко очерченный узел волокнистой соединительной ткани со значительным количеством клеточных элементов. Волокна располагаются беспорядочно, местами переплетаются между собой. Опухоль богата кровеносными сосудами, стенки которых резко утолщены, местами гиалинизированы, просветы у некоторых из них сдавлены /рис.29/.

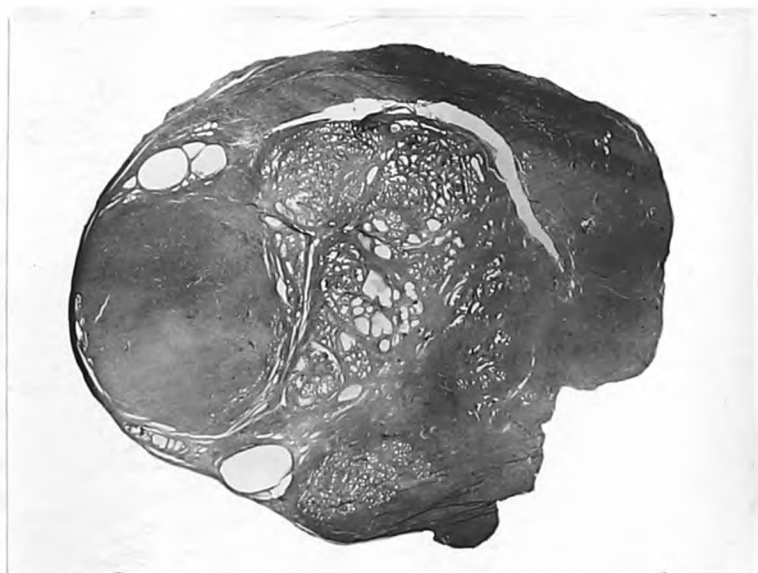


Рис.28

Препарат аденомы с преобладанием фибромускулярной основы над паренхимой. Поперечный разрез, вид под лупой. Фотография.



Рис.29

Среди фибромускулярной основы с беспорядочным расположением волокон видны кровеносные сосуды с резко утолщенной стенкой. Микрофотография; ок. 5 х об.20.

Фиброзный узел отделен от окружающих тканей прослойкой гладких мышечных волокон. Рядом с этим узлом расположены дольки неравномерной величины, состоящие из железистых трубочек, часть из них выстлана уплощенным эпителием, просвет их кистовидно-расширен. Наряду с ними видны железистые трубочки меньшей величины с фестончатыми контурами с небольшим сравнительно просветом, выстланные высоким, светлым цилиндрическим эпителием. В некоторых железистых образованиях видны небольшие папиллярные выросты, направленные в просвет железистых трубочек.

Просвет кистовидно-растянутых и железистых трубочек или пуст или заполнен жидким секретом и только внутри единичных железистых трубочек видны слущенные эпителиальные клетки в состоянии жировой дегенерации.

В препарате фибромускулярная основа преобладает над железистой тканью.

Заключение: Железисто-фиброзная форма аденомы предстательной железы.

5. Больной С., 65 лет /ист.бол. № 20/, поступил в урологическое отделение 12/I 1953 года с острой задержкой мочи /остаточная моча 1100 мл/.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Острая задержка мочи.

13/I 1953 года произведена операция - наложение надлобкового мочепузырного свища.

29/I 1953 года - операция аденомэктомии. Гладкое послеоперационное течение. Выписан на 19-й день. Мочеиспускание восстановилось. Остаточной мочи нет.

Удаленная аденома шаровидной формы, эластической консистенции с гладкой поверхностью. На разрезе - ткань дольчатая, кистозного характера. Размеры: 7х5х5. Вес 117 граммов.

Гистологическое исследование препарата № 8423 20/УШ 1953 года.

В препарате видны две доли, одна несколько больше другой, разделенные между собой наполовину протяжения уретрой /рис.30/.

Вокруг уретры в фибромускулярной основе расположены в большом количестве кровеносные сосуды с оставшимся просветом.

Фибромускулярная ткань около уретры и отдельные аденоматозные узлы в состоянии отека. По периферии удаленного препарата виден толстый слой гладких мышечных и соединительно-тканых волокон.

В обеих долях аденомы видны неодинаковой величины узлы, состоящие из железистой паренхимы /рис.30/.

Ветвящиеся железистые трубочки выстланы высоким цилиндрическим эпителием со светлой протоплазмой и



Рис.30

Поперечный срез. Аденома состоит из двух долей, между которыми виден щелевидный формы мочеиспускательный канал. Она состоит из аденоматозных узлов, большая часть которых расположена вокруг уретры. Видны неодинаковой величины "кисты".
Фотография; Лупа.



Рис.31

Пролиферирующий эпителий ветвящихся железистых трубочек, выполняющий почти весь просвет. Микрофотография, ок.7 x об.8



Рис.32

Тот же препарат, что и ЗІ. Микро-
фотография; ок. 6 х об.20

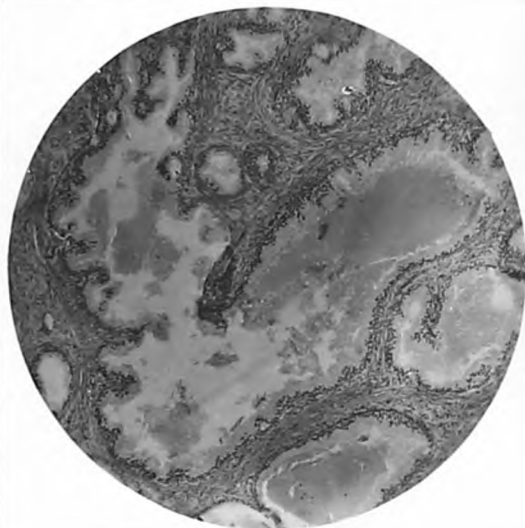


Рис.33

Кистовидно-растянутые железистые тру-
бочки, выполненные сгущенным секретом.
Микрофотография; ок.7 х об.8

базально-расположенным ядром, а в некоторых из них имеется пролиферирующий эпителий, заполняющий почти весь просвет /рис.31,32/.

Кистовидно-растянутые пузырьки или пусты или содержат в центре небольшое количество сгущенного, местами слоистого характера секрета /рис.33/. Выстланы они низким кубическим эпителием, однако в некоторых довольно крупных кистах сохраняется высокий цилиндрический эпителий.

Заключение. Железисто-кистозная форма аденомы предстательной железы с пролиферацией эпителия.

6. Больной М., 72 лет /ист.бол.№ 2493/, поступил в урологическое отделение 18/ХП 1953 года с полной задержкой мочи.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. /рак ?/. Полная задержка мочи.

19/ХП 1953 г. произведена эпицистостомия. Вазорезекция.

4/І 1954 г. произведена операция аденомэктомии. Удовлетворительное послеоперационное течение.

Удаленная опухоль шаровидной формы с неровной поверхностью, плотной консистенции. На разрезе - ткань белого цвета, дольчатая, в центре проходит мочеиспускательный канал. Размеры: 5 x 5,5 x 4 см.

Гистологическое исследование препарата № 885І 30/І 1954 года.

Среди довольно толстого слоя фибромускулярной основы расположены дольки железистой паренхимы. Большинство железистых трубочек имеет ветвящийся характер, неравномерной величины и формы. Некоторые трубочки очень мелкие, не имеют просвета. Стенки их выстланы одноклеточным кубическим эпителием с круглыми и овальными ядрами, с большим количеством фигур митозов. Базальная мембрана выражена плохо.

Местами в строме имеются отдельные тяжи и целые поля полиморфных эпителиальных клеток с гиперхромными ядрами /рис.34/.

Капилляры и артерии располагаются большей частью по периферии препарата. В просветах их видны эритроциты.

Заключение: Малигнизация аденомы предстательной железы.

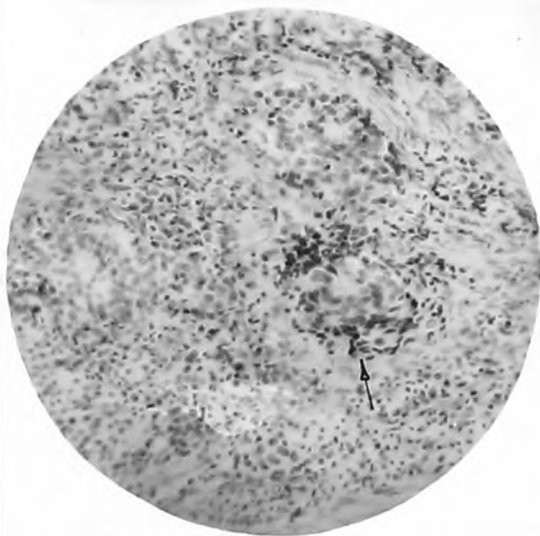


Рис. 34

Поля и тяжи полиморфных клеток с пикнотическими гиперхромными ядрами. Микрофотография; ок. 5 х об.20

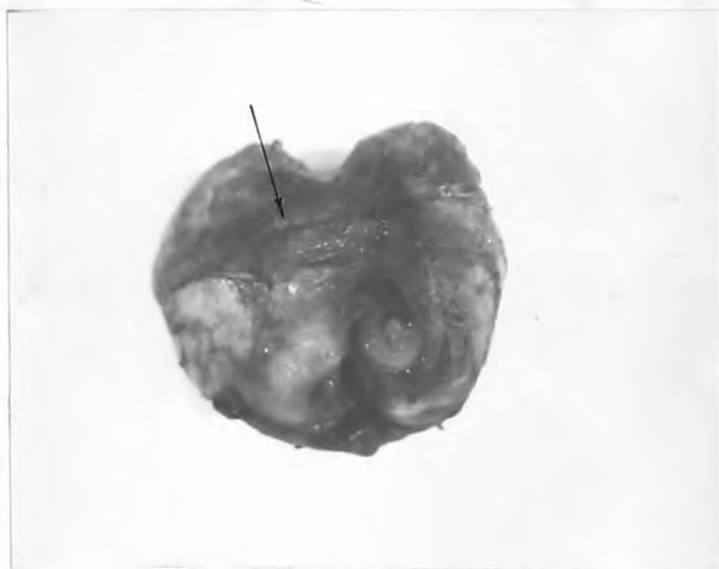


Рис. 35

Аденома шаровидной формы, симметричная. Видны вдавления - следы кольца сфинктера /стрелка/. Вес 32 грамма. Больной за курс лечения принял 1620 мг синэстрола

На основании изучения нашего материала мы могли отметить следующее.

Среди удаленных аденом преобладали аденомы шаровидной формы, нередко с бугристой поверхностью. На разрезе было видно, что узлы располагались большей частью ближе к уретре /периуретрально/. Консистенция аденом различалась в зависимости от преобладания железистой или фибромускулярной ткани. При преобладании железистых элементов /особенно с образованием более крупных кист/ ткань аденомы была эластичной консистенции; при преимущественном развитии фибромускулярной ткани — она была плотная.

Кроме того, при железистой форме аденомы отдельные и большей частью множественные узлы, так называемые "сфероидальные тела", выступали довольно отчетливо вследствие того, что они были циркулярно окружены фибромускулярной тканью.

При смешанной форме, а также аденомах со значительным преобладанием соединительной ткани, волокна которой располагались более беспорядочно, четкость очертаний узлов иногда стиралась и ткань аденомы на разрезе представлялась более гомогенной.

По гистологическому строению железистая форма аденомы являлась преобладающей и составила 78,9%.

Пролиферация эпителия железистых трубочек с образованием папиллярных выростов, а также с диффузным разрастанием его и частичным или полным заполнением просвета наблюдалась в 10%. Атипии эпителия в этих случаях не имелось.

Развитие рака на почве аденомы имело место в 3,7% наблюдений данной группы.

Мы не касаемся более подробно описания различных гистологических вариантов аденом предстательной железы, так как наши данные не отличаются чем либо существенным от тех, которые приведены в литературе.

в/ Макроскопическое строение аденомы предстатель-
ной железы у больных, леченных синэстролом

По внешнему виду, форме и размерам аденомы предстательной железы, удаленные у больных лечившихся синэстролом, ничем характерным не отличаются от аденом у больных, не леченных им.

Аденомы настоящей группы часто были шаровидные, но встречались грушевидные и цилиндрические /рис.35,36,37, 38,39,40/. Поверхность их в большинстве случаев была гладкой, однако нередко отмечалась волокнистость, напоминающая обрывки капсулы /рис.37,38,40/. Здесь также наблюдались узловатые образования на поверхности аденомы /рис.36,37/, вдавления – следы кольца пузырного сфинктера /рис.35,38/ и аденомы, состоящие из трех долей /рис.40/.

Вес этих аденом подвержен значительным колебаниям. В большинстве случаев они были весом свыше 40 граммов /таблица IO/.



Рис. 36

Аденома шаровидной формы, узловатая. Вес 47 граммов. Больной за курс лечения принял 4100 мг синэстрола



Рис. 37

Аденома шаровидной формы, состоящая из нескольких крупных узлов, поверхность волокнистая, правая доля больше левой. Вес 104 грамма. Больной за курс лечения получил 4500 мг синэстрола

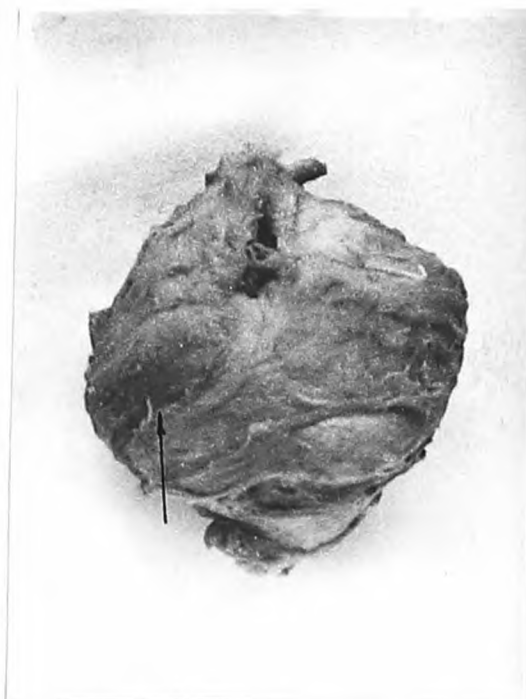


Рис. 38

Аденома округлой формы, симметричная. Вдавления-следы кольца сфинктера /стрелка/. Вес 45 гр. Больной за курс лечения принял 1800 мг синэстрола



Рис. 39

Аденома, состоящая из трех долей, левая доля больше правой, средняя в виде полипа на сравнительно толстом основании. Вес опухоли 35 гр. Больной за курс лечения принял 4100 мг синэстрола

Таблица 10

Вес аденомы в грам- мах	Число слу- чаев
10	1
от 21 до 40	8
от 41 до 50	6
от 51 до 100	6
Свыше 100	2
Итого	23
Сведений нет..	6

Приведенные в таблице 10 данные свидетельствуют о том, что в большинстве случаев встречались аденомы свыше 40 граммов.

Какой-либо зависимости между длительностью лечения, дозой синэстрола и весом аденом установить нельзя. При небольшой дозе синэстрола /1720 гр/, полученного больным за курс лечения, мы удалили больших размеров аденому, весом 124 грамма. В случаях, где доза синэстрола превышала 4000 мг /рис.37/ вес аденомы достигал 104 грамма.

Таким образом, несмотря на большие дозы синэстрола мы не могли отметить закономерного уменьшения аденомы, т.е. атрофии ее.

г/ Гистологическое строение аденомы предстательной железы у больных, леченных синэстролом

Изучение гистологического строения аденом, удаленных у больных леченных синэстролом, нам представляется особенно важным. Как мы уже указывали выше, при оперативном

удалении этих аденом мы сталкивались со значительными трудностями и осложнениями как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

Нас интересовал вопрос, не могут ли быть объяснены эти трудности теми структурными изменениями, которые происходят в аденоме под влиянием применения синэстрола.

Поэтому мы считаем себя вправе привести большее количество собственных наблюдений по сравнению с предыдущей группой.

За основу мы брали клинико-морфологическое сопоставление и конечные результаты в зависимости от продолжительности лечения больных синэстролом, принятой дозы и интервала между прекращением введения больному препарата и операцией аденомэктомии.

И. Больной Р., 76 лет /ист.бол. № 1389/, поступил в урологическое отделение 4/У 1953 г. с надлобковым мочепузырным свищем, который был наложен по поводу острой задержки мочи месяц тому назад.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы. Надлобковый мочепузырный свищ. Пневмосклероз. Аортокардиосклероз.

В промежутке между I и II этапами операции лечился инъекциями 2% раствора синэстрола. Принял 1800 мг препарата /в течение 30 дней/. Перерыва между приемом синэстрола и операцией не было.

17/У 1953 г. операция аденомэктомии. Гладкое послеоперационное течение.

Удаленная аденома шаровидной формы, эластической консистенции, поверхность ее гладкая. На разрезе — ткань белого цвета, дольчатая. Вес 45 граммов.

Гистологическое исследование препарата № 8837 12/IX 1953 г.

В слабо развитой фибромускулярной основе в обеих долях видны железистые пузырьки неравномерной величины и формы /рис. 41/. Некоторые железистые пузырьки кистозно-растянуты и выстланы низким кубическим эпителием, местами в более крупных — почти плоским. В других кистах видны папиллярные образования. В просвете кист содержатся конкременты, а в некоторых из них видны слущенные эпителиальные клетки, лейкоциты и лимфоциты.



Рис.40

Аденома грушевидной формы, с волокнистой поверхностью, состоящая из 3-х долей: боковые равной величины, средняя в виде полипа на широком основании. Вес опухоли 124 гр. Больной за курс лечения принял 1720 мг синэстрола



Рис.41

Среди фибро-мышечной основы располагаются железистые дольки неравномерной величины и формы. По периферии - 2 четко очерченных фиброматозных узелка /стрелка/. Лупа.

Ветвящихся железистых трубочек значительно меньше, чем кистовидно растянутых.

В фибромускулярной основе ближе к железистой ткани видны очаги мелкоклеточной инфильтрации.

Кровеносные сосуды мелкого калибра, просвет их сдавлен, стенка не изменена.

В периферическом отделе препарата видны два небольших фиброматозных узелка /рис.41/ со значительным количеством кровеносных сосудов, просветы их сдавлены, стенка утолщена.

Заключение. Аденома предстательной железы, железисто-кистозная гиперплазия с очаговой мелкоклеточной инфильтрацией стромы.

2. Больной Л., 63 года /ист.бол.№ 2247/, поступил в урологическое отделение 24/IV 1953 г. с надлобковым мочепузырным свищем для II этапа операции. Острая задержка мочи наступила 9/IX 1948 г., по поводу ее 10/IX 1948 г. был наложен надлобковый мочевого свищ.

В промежутке между I и II этапами операции больной лечился инъекциями 2% раствора синэстрола по 60 мг в сутки. Принял последнего 14000 мг. Улучшение наступало только во время инъекции синэстрола. Год тому назад прекратил лечение.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы. Надлобковый мочевого свищ.

7/V 1953 г. операция аденомэктомии. Значительное кровотечение из простатического ложа. Гладкое послеоперационное течение. На 16-й день после операции - самостоятельное мочеиспускание.

Удаленная аденома шаровидной формы, эластической консистенции с гладкой поверхностью, вес ее 54 грамма.

Гистологическое исследование препарата № 8836: 15/XI 1953 г.

Среди резко утолщенных прослоек фибромускулярной ткани расположены дольки паренхимы не одинаковой величины и формы. Они состоят из железистых пузырьков то кистозно-расширенных, то щелевидных, то ветвящихся. Выстланы они высоким цилиндрическим эпителием с ядрами у основания /рис.42/. Между железистой тканью почти везде видны прослойки соединительной ткани и только в единичных узелках строма выражена крайне слабо, и неправильно ветвящиеся железистые трубочки почти вплотную прилежат друг к другу /рис.43/.

В строме видны единичные очаги мелкоклеточной инфильтрации. Сосуды располагаются в строме по периферии препарата, стенки их утолщены, просветы пусты. В препарате преобладает строма над паренхимой.

Заключение. Железисто-фиброзная форма аденомы предстательной железы.



Рис.42

Среди фибро-мускулярной основы видны кистовидно-растянутые, изредка щелевидной формы железистые трубки. Выстланы они высоким цилиндрическим эпителием. Микрофотография, ок.7 х об.8



Рис.43

Строма развита слабо. Ветвящиеся железистые трубочки плотно прилежат друг к другу.
Микрофотография, ок.5 х об.20.

З. Больной Д., 77 лет /ист.бол. № 2474/, поступил в урологическое отделение 18/У 1953 г. с надлобковым мочепузырным свищем.

Дизурические расстройства в течение 2-х лет. 1/1 1953 года острая задержка мочи после употребления браги. 14/1 1953 года наложен надлобковый свищ в районной больнице, после чего лечился синэстролом по схеме Топчан и Померанцева. Получил синэстрола 4100 мг. Мочеиспускание не восстановилось. Интервал между прекращением приема синэстрола и удалением аденомы 30 дней.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы. Надлобковый свищ. Двухсторонняя паховая грыжа.

26/У 1953 г. — операция аденомэктомия. Гладкое послеоперационное течение. На 16-й день после операции свищ закрылся, мочеиспускание восстановилось. Выписан с мутной мочей и учащенным мочеиспусканием.

Удаленная аденома шаровидной формы, поверхность неравномерная, консистенция плотная. На разрезе — ткань белого цвета, дольчатая. Размер 5 x 4 x 3 см. Вес 35 гр.

Гистологическое исследование препарата № 8902: 15/ХП 1953 года.

Среди фибромускулярной стромы расположены дольки железистой паренхимы, между ними идут мощные тяжи соединительнотканых и мышечных пучков /рис.44/.

Эти железистые дольки относительно больших размеров, почти круглой формы. Железистые трубочки преимущественно кистозно растянутые, большинство из них пусты, в других содержится жидкий секрет, местами сгущающийся, слоистого характера. Выстилающий их эпителий местами низкий, цилиндрический, местами кубический. Встречается и пролиферирующий эпителий.

Наряду с кистами встречаются железистые трубочки неравномерной формы и величины, большей частью мелкие, выстланные высоким цилиндрическим эпителием и разделенные друг от друга толстыми прослойками соединительной ткани /рис.45/.

По периферии препарата железистые трубочки щелевидной формы, сдавлены, атрофичны, выстланы кубическим эпителием /рис.46/.

Кровеносные сосуды типа капилляров располагаются преимущественно по периферии препарата, стенка их не изменена, в просветах содержатся эритроциты.

В препарате преобладает паренхима над стромой, но последняя выражена также значительно.

Заключение: Железисто-кистозная форма аденомы предстательной железы с пролиферацией эпителия и значительным развитием соединительной ткани. Атрофия некоторых железистых трубочек по периферии препарата.

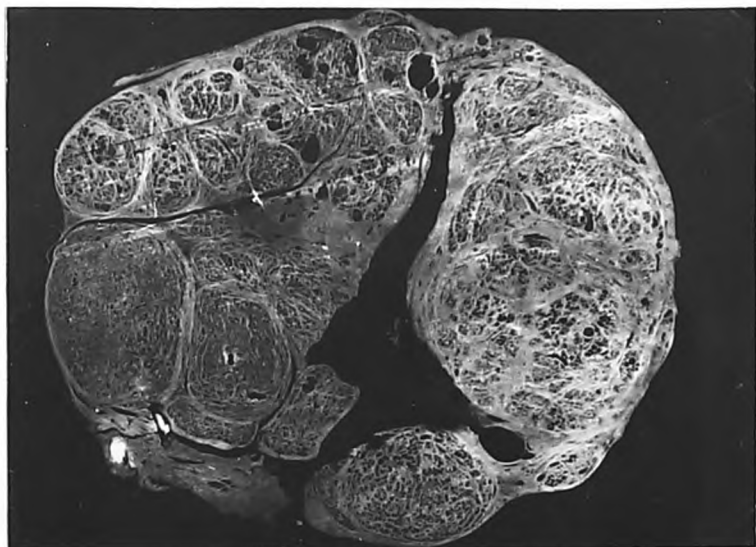


Рис. 44

Макропрепарат. Срез поперечный. Дольки железистой паренхимы располагаются среди толстых пучков фибромускулярной основы /Лупа/.

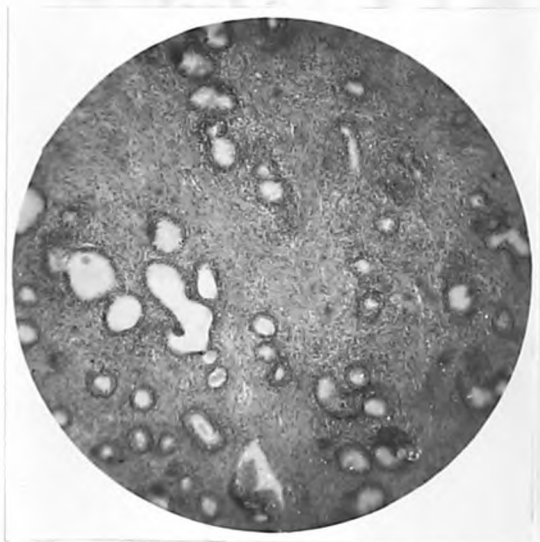


Рис. 45

Среди стромы располагаются неправильной формы и разной величины железистые трубочки. Микрофотография; ок. 7 x об. 8

4. Больной П., 66 лет /ист.бол. № 3762/, поступил в урологическое отделение 15/УП 1953 г. с надлобковым свищем, который был наложен 5/У 1953 года по поводу внезапно наступившей острой задержки мочи после употребления браги.

Сразу же после операции I этапа было проведено лечение синэстролом 2% масл. раствором по 60 мг в сутки. Принял последнего 1560 мг, мочеиспускание не восстановилось. Интервал между прекращением лечения синэстролом и вылучением аденомы 7 дней.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Надлобковый свищ. Эмфизема легких. Аортокардиосклероз.

21/УП 1953 г. — операция аденомэктомии. Во время операции значительное кровотечение из простатического ложа, остановленное с помощью тампона с перекисью водорода. Гладкое послеоперационное течение. Выписан с нормальным мочеиспусканием на 37-й день после операции.

Удаленная аденома шаровидной формы, узловатая, плотной консистенции. На разрезе — ткань белого цвета, дольчатая, с наличием полостей /рис.47/. Размеры: 3 x 4 x 3 см. Вес 24 грамма.

Гистологическое исследование препарата № 9152: 15/ХП 1953 года.

Между толстыми пучками фибромускулярной основы располагаются дольки железистой паренхимы /рис.48/.

В препарате преобладают кистовидно-растянутые железистые трубочки, просвет которых или пуст, или содержит жидкий секрет. Выстланы они невысоким цилиндрическим эпителием. Наряду с ними встречаются железистые трубочки ветвистого характера, выстланные высоким цилиндрическим эпителием /рис.49/. В некоторых трубках видна пролиферация эпителия.

По периферии препарата железистые трубочки сдавлены, имеют щелевидную форму, выстланы кубическим эпителием.

Кровеносные сосуды располагаются как по периферии, так и в центре препарата. Стенка некоторых артерий утолщена, в просветах их содержатся эритроциты /рис.50/.

Заключение. Аденома предстательной железы, железисто-кистозная форма с пролиферацией эпителия и значительным развитием соединительной ткани.

5. Больной К., 66 лет /ист.бол. № 138/, поступил в урологическое отделение 12/IX 1952 года с острой задержкой мочи.

До поступления в урологическое отделение лечился 2% раствором синэстрола по 60 мг в сутки. Всего за курс лечения принял 4 500 мг. От указанного лечения наступило некоторое улучшение общего состояния, дизурические явления не исчезали. Интервал между прекращением лечения синэстролом и операцией II этапа — 7 месяцев.



Рис.46

Среди мощной соединительно-тканной стромы -
щелевидные железистые трубочки.
Микрофотография, Ок.7 х об.8



Рис.47

Поперечный срез. В железистых дольках
видны кистозные полости /Лупа/.

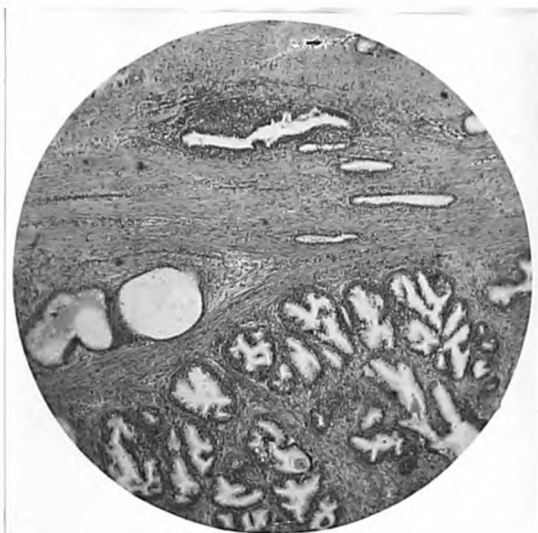


Рис.48

Ветвистые, кистозно-растянутые и щелевидные железистые трубочки расположены среди толстых пучков гладких мышц и соединительно-тканых волокон. Микрофотография; ок.7 х об.8



Рис.49

Другой участок того же препарата, где также среди толстых пучков стромы располагаются ветвистые строения железистые трубочки. Микрофотография; ок.7 х об.8



Рис.50

Кровеносные сосуды крупного калибра /артерии/ с утолщенной стенкой, в просветах их содержатся эритроциты.

Микрофотография; ок.5 х об.20

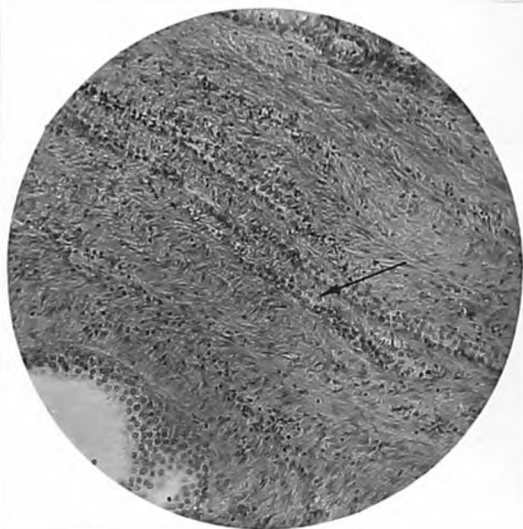


Рис.5I

Сдавленные железистые трубки в виде солидных тяжей /стрелка/. Микрофотография; ок.5 х об.20.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Парадоксальная ишурия.

Ввиду отказа больного от операции ему в течение трех недель проводилось консервативное лечение: систематическая катетеризация, пенициллинотерапия, седативная терапия. От указанного лечения мочеиспускание не восстановилось.

2/X 1952 г. - операция эпицистостомии. Вазорезекция.

В послеоперационном периоде - нагноение раны, расхождение швов.

13/I 1953 года - операция аденомэктомии. Умеренное кровотечение из простатического ложа. Тампонада ложа не применялась. В течение 2-х недель значительное кровотечение из пузыря. Надлобковый свищ долго не закрывался вследствие образования воронкообразной формы его.

10/II 1953 года операция зашивания свища. Заживление первичным натяжением. Мочеиспускание восстановилось.

Удаленная аденома узловатая, эластической консистенции, вес 104 грамма.

Гистологическое исследование препарата № 8337: 18/I 1953 года.

На препарате видны дольки железистой паренхимы неравномерной величины и формы, разделенные между собой фибромускулярной тканью. В препарате железистая паренхима преобладает над стромой.

В одних долях преобладают кистозно-расширенные железистые трубки, тесно прилежащие друг к другу, выстланные уплощенным эпителием. Просветы их большей частью пусты и только в единичных виден жидкий секрет и конкременты.

В других долях железистые пузырьки имеют характер ветвящихся с образованием папиллярных выступов, обращенных в просвет, выстланы они высоким цилиндрическим эпителием. Просветы большинства из них пусты.

По периферии препарата видны атрофичные железистые пузырьки, имеющие вид сдавленных трубок, местами солидных тяжей /рис. 51/.

Кровеносные сосуды разного калибра располагаются по периферии препарата, просвет их сдавлен; более крупного калибра - стенка гомогенизирована.

Заключение. Железисто-кистозная форма аденомы предстательной железы с наличием единичных атрофических железистых трубочек по периферии препарата.

6. Больной М., 79 лет /ист. бол. № 3649/ поступил в урологическое отделение 18/УП 1953 года с надлобковым мочевым свищем на операцию II этапа.

25/УП 1951 года внезапно наступила острая задержка мочи, по поводу которой в районной больнице был наложен надлобковый свищ. После этого лечился 2% раствором син-



Рис.52

Среди толстых пучков фибромускулярной стромы расположены кистозно-расширенные железистые трубки, выстланные низким кубическим эпителием. Микрофотография; среднее увеличение

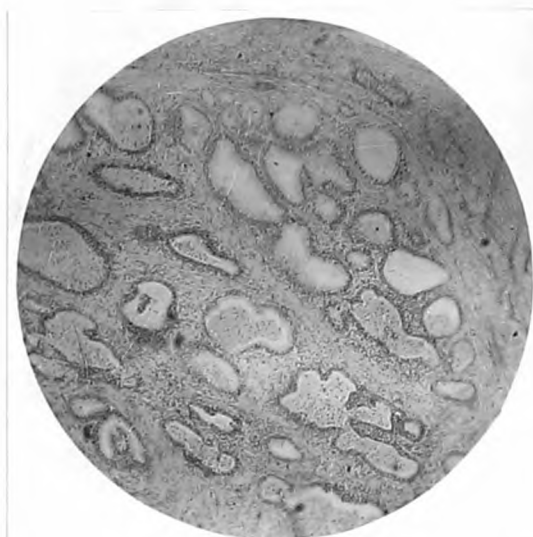


Рис.53

Маленькие, неправильной формы железистые трубочки, не складывающиеся в дольки. Выстланные цилиндрическим эпителием. В просветах содержится секрет. Микрофотография; ок.7 х об.8

эстрола по 60 мг в сутки; всего за курс лечения принял 4100 мг. Мочеиспускание не восстановилось. Прекратил лечение синэстролом 18 месяцев тому назад.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы. Надлобковый мочевого свищ. Эмфизема легких. Аортокардиосклероз.

16/УП 1953 года - операция аденомэктомии. Значительное кровотечение из простатического ложа. Удовлетворительное послеоперационное течение.

Удельная аденома грушевидной формы, состоит из 3-х долей плотной консистенции с гладкой поверхностью. Ткань на разрезе плотная, дольчатая. Вес 45 граммов.

Гистологическое исследование препарата № 9153: 20/IX 1953 года.

Среди довольно толстого слоя гладких мышечных и соединительно-тканых пучков, особенно по периферии препарата, видны неодинаковой величины и формы дольки железистой паренхимы. Большинство железистых трубочек кистозно-растянутые; выстланы они низким кубическим эпителием /рис.52/.

Некоторые железистые трубочки маленькие, неправильной формы, выстланные цилиндрическим эпителием. В просветах содержится небольшое количество сгущенного, местами слоистого характера секрета /рис.53/. В других местах препарата встречаются ветвящиеся железистые трубочки с пролиферацией эпителия, выполняющего собой почти весь просвет /рис.54/.

В препарате строма преобладает над паренхимой.

Кровеносные сосуды разного калибра расположены в фибромускулярной основе, главным образом по периферии препарата. В просветах их содержатся эритроциты, стенка сосудов не изменена.

Среди фибромускулярной основы видна мелкоклеточная инфильтрация то в виде массивных тяжей, то в виде отдельных очагов.

Заключение. Адено-кисто-фиброзная форма аденомы предстательной железы с пролиферацией эпителия.

7. Больной С., 58 лет /ист.бол. № 3157/, поступил в урологическое отделение 12/УІ 1953 г. с неполной задержкой мочи и гематурией.

С 1950 года упорные дизурические явления, гематурия, чередующаяся с пиурией. Дважды была полная задержка мочи.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы П ст. /ост.мочи 75,0/, гематурия, пиурия.

До поступления в клинику лечился синэстролом по схеме Топчан и Померанцева, принял его 1720 мг. Закончил лечение синэстролом 45 дней тому назад.



Рис.54

Пролиферирующий эпителий, заполняет собою почти весь просвет железистых пузырьков /показано стрелкой/. Микрофотография; ок.5 х об.20



Рис.55

Ветвящиеся железистые трубочки, выстланные высоким цилиндрическим эпителием. Мощно развита строма. Микрофотография; ок.5 х об.20.

30/УІ 1953 года – операция эпицистостомии, а 9/УІІ 1953 года – аденомэктомия.

Во время операции было значительное кровотечение из простатического ложа, которое остановлено тампоном с гемостатической губкой.

Через 2 часа после операции наступило обильное кровотечение, потребовавшее переливания крови. На 2 и 3 сутки после операции кровотечение из ложа повторилось. Сделано повторное переливание крови.

Удаленная аденома весом 124 грамма состоит из 3-х долей, средняя – на широком основании ворсинчатого характера, мягкая /рис.40/.

Гистологическое исследование препарата № 9053: 12/ІХ 1953 года.

Среди фибромускулярной, местами отечной, основы беспорядочно расположены железистые трубочки различной величины и формы. Соединительнотканная строма преобладает над паренхимой.

Некоторые железистые трубочки слегка ветвятся, выстланы высоким цилиндрическим эпителием /рис.55/. Другие – кистовидно растянуты, тесно прилежат друг к другу, выстланы низким кубическим эпителием. В просветах некоторых железок видны глубки секрета и небольшое количество слущенных набухших эпителиальных клеток, частично распадающихся. /рис.56/. В некоторых участках видна пролиферация эпителия, почти полностью заполняющего просвет железок.

Около некоторых железистых элементов, в строме видны очаги мелкоклеточной инфильтрации. Сосуды разного калибра встречаются в небольшом количестве, стенка их не изменена, просвет пуст.

Заключение. Железисто-фиброзная форма аденомы предстательной железы с пролиферацией эпителия и очаговой мелкоклеточной инфильтрацией стромы.

8. Большой Л., 67 лет /ист.бол.№ 6І06/, поступил в урологическое отделение 26/ХІ 1952 года с неполной задержкой мочи /остаточная моча 150 мл/.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы II ст. Острый цистит. Простатит.

В течение 8 дней больному проводилось консервативное лечение: пенициллин, инстиляция мочевого пузыря 3% раствором колларгола, инъекция 2% масляного раствора синэстрола в течение 30 дней по 60 мг, введено 1800 мг синэстрола.

Дизурические явления не уменьшались, остаточной мочи 100-150 мл.

4/ХІІ 1952 года произведена операция эпицистостомии и двухсторонняя вазорезекция.



Рис.56

Другой срез того же препарата /55/, железистые трубочки неодинаковой величины и формы, выстланы они низким кубическим эпителием. В просветах трубок видны глыбки секрета и сжатые эпителиальные клетки /стрелки/. Микрофотография, ок.7хоб.8



Рис.57

Среди толстой фибромускулярной основы располагаются вытянутые железистые трубочки с метаплазией эпителия в многослойный плоский. Микрофотография; среднее увеличение

18/XII 1952 года - операция аденомэктомии. Во время операции значительное кровотечение из простатического ложа. В послеоперационном периоде длительно не заживающий надлобковый свищ.

6/I 1953 года - операция зашивания надлобкового свища.

Удаленная аденома неправильной формы, плотно эластической консистенции с неровной поверхностью. На разрезе - ткань белого цвета, волокнистая. Размеры: 3 x 2,5 см. Вес 25 гр.

Гистологическое исследование препарата № 842I: 10/IX 1953 года.

В мощно развитой фибромускулярной основе преобладают вытянутые железистые пузырьки, их больше по периферии препарата. Наряду с ними видны ветвящиеся железистые пузырьки, окруженные толстым слоем гладкой мускулатуры с примесью соединительнотканых волокон. В других местах встречаются кистозно-расширенные железистые пузырьки, но их значительно меньше.

Просветы "кист" пусты, или содержат небольшое количество лейкоцитов и единичные слущенные эпителиальные клетки.

В некоторых небольших железистых трубочках видна метаплазия эпителия в многослойный плоский, а также пролиферация эпителия с заполнением почти всего просвета трубочек /рис.57,58/.

В строме около железистых элементов значительно выражена очаговая, местами в виде тяжелой, мелкоклеточная инфильтрация.

Просветы мелких сосудов сдавлены, стенка сосудов более крупного калибра утолщена.

Заключение. Проллиферирующая адено-фиброма с очаговой мелкоклеточной инфильтрацией.

9. Больной С., 60 лет /ист.бол.№ 5965/, поступил в урологическое отделение 10/XI 1952 г. с острой задержкой мочи, наступившей внезапно 18/XI 1952 года после употребления браги.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. /остаточная моча 600 мл/.

В течение 5 дней проводилась катетеризация, внутримышечно вводился 2% маслянный раствор синэстрола по 60 мг в сутки. Несмотря на применение указанного лечения, состояние больного с каждым днем ухудшалось.

25/XI 1952 года - операция эпицистостомии. Двухсторонняя вазорезекция. Гладкое послеоперационное течение. Инъекция синэстрола продолжалась и между I и II этапами операции. Всего введено 1620 мг синэстрола.

16/XII 1952 года - операция аденомэктомии. Гладкое послеоперационное течение. На 16-й день надлобковый свищ закрылся самостоятельно. Мочеиспускание восстановилось.



Рис.58

Пролиферирующий эпителий заполняет почти весь просвет железистой трубочки /стрелка/.
Микрофотография, среднее увеличение

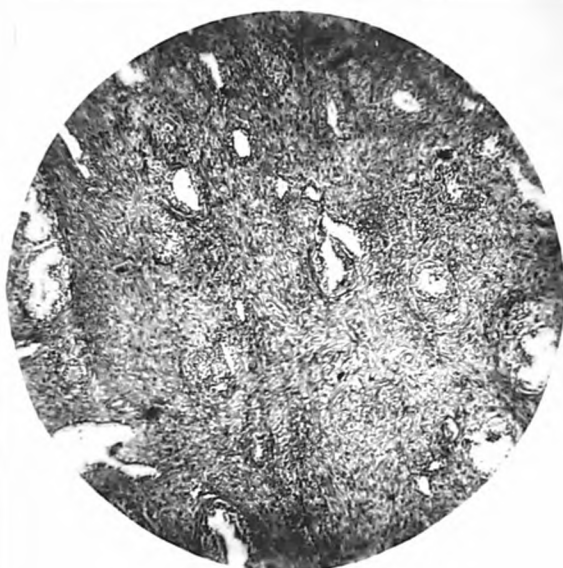


Рис.59

Среди мощной фибромускулярной основы располагаются мелкие железистые трубочки.
Микрофотография; малое увеличение

Удаленная аденома шаровидной формы с гладкой поверхностью и неодинаковыми по величине долями — левая 3 x 2 см., правая — 2 x 1,5 см. Ткань плотной консистенции. Вес 32 грамма. В области нижней губы устья пузыря имеется образование в виде полипа, напоминающее третью долю предстательной железы.

Гистологическое исследование препарата № 8422: 10/XI 1953 года.

В обеих долях аденомы довольно сильно развита фибромускулярная основа, которая в виде толстых тяжей охватывает отдельные дольки железистой ткани и внедряется между железистыми пузырьками /рис.59/.

Железистые пузырьки в обеих долях слабо ветвящиеся, местами с шаровидными небольшими просветами, выстланы низким цилиндрическим эпителием. Просветы их большей частью пусты, в других содержится секрет.

В более крупной доле, около уретры железистые пузырьки представляются в виде узких вытянутых щелей /рис.60/. В меньшей доле около уретры довольно значительное разрастание фибромускулярной ткани, непосредственно сливающейся с окружающей тканью /рис.61/.

Кровеносные сосуды разного калибра имеют утолщенную стенку.

Заключение. Адено-фиброзная форма аденомы предстательной железы.

10. Больной Ш., 62 лет /ист.бол.№ 1039/, поступил в урологическое отделение 14/IV 1953 года с дизурическими расстройствами, появившимися 10 лет тому назад.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы II ст. Острый цистит. Неполная задержка мочи /остаточная моча 150 мг/.

До поступления в клинику больному проведен профилактический и основной курс лечения синэстролом по методике Топчан и Померанцева. Всего введено 5300 мг синэстрола. Лечение последним закончено 3 месяца тому назад. В связи с ухудшением акта мочеиспускания и развития цистита 23/IV 1953 года произведена операция эпизиостомии, а 12/V 1953 года — операция аденомэктомии. Во время операции мы встретились с трудностями вылушения аденомы из-за наличия довольно значительных сращений между аденомой и окружающими тканями. Ввиду этого приходилось прибегать к выстриганию аденомы. Значительное кровотечение из простатического ложа остановлено тампоном с горячим физиологическим раствором. Через 10 часов — вторичное кровотечение.

В послеоперационном периоде двухкратная трансфузия крови по 200 мл.

Удаленная аденома с неровной поверхностью покрыта капсулой, плотно-эластической консистенции. Размеры 7 x 5,5 см. Вес 57 граммов.



Рис.60

Железистые трубочки сдавлены с вытянутыми узкими просветами. Микрофотография; ок.5 х об.20.

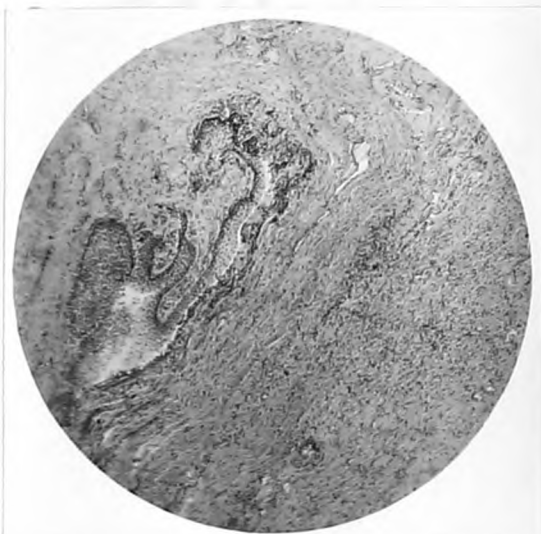


Рис.6I

Мощно-развитая фибро-мускулярная ткань с единичными железистыми трубочками. Микрофотография, ок.7 х об.8.

Гистологическое исследование препарата № 8850: I6/XI-1953 года.

Препарат состоит из двух долей, одна из которых несколько больше другой /рис.62/.

Среди резко утолщенной прослойки фибро-мускулярной ткани железистая паренхима расположена то в виде долек из кистовидно-растянутых железистых пузырьков, выстланных низким цилиндрическим эпителием с содержанием в них жидкого секрета, то в виде отдельных железок, не складывающихся в дольки /рис.63/.

В некоторых местах соединительная ткань развита очень мощно и располагающиеся в ней железистые пузырьки сдавлены.

В некоторых железистых трубочках эпителий пролиферирует, выполняя собой почти весь просвет.

В соединительнотканной строме около некоторых железистых долей видны скопления мелких клеток типа лимфоцитов.

Кровеносные сосуды лучше выражены по периферии препарата. Просветы мелких вен и капилляров несколько сдавлены. Вены более крупного калибра имеют большей частью утолщенную стенку. Стенка артерий также утолщена.

Заключение. Адено-фиброзная форма аденомы предстательной железы с пролиферацией эпителия.

II. Больной М., 70 лет /ист.бол.№ 4620/, поступил в урологическое отделение 9/IX 1952 года с надлобковым мочепузырным свищем.

13/XII 1950 года после употребления браги внезапно наступила острая задержка мочи, по поводу которой был наложен надлобковый свищ.

Лечился инъекциями 2% раствора синэстрола по методике Топчана и Померанцева. Всего принял 8600 мг. Прекратил лечение синэстролом 8 месяцев тому назад из-за болей в области сердца.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Надлобковый мочевого свищ. Эмфизема легких. Аортокардиосклероз.

18/X 1952 года - операция аденомэктомии. Резекция семявыносящих протоков.

Из-за мощных рубцов между аденомой и окружающими тканями пришлось прибегнуть к выстриганию опухоли, так как тупо вылущить ее не удавалось.

Значительное кровотечение из простатического ложа. Через 6 часов после операции наступило профузное кровотечение.



Рис. 62

Поперечный срез через всю аденоматозную опухоль. Одна доля несколько больше другой. Они разделены мочеиспускательным каналом. /Лупа/.

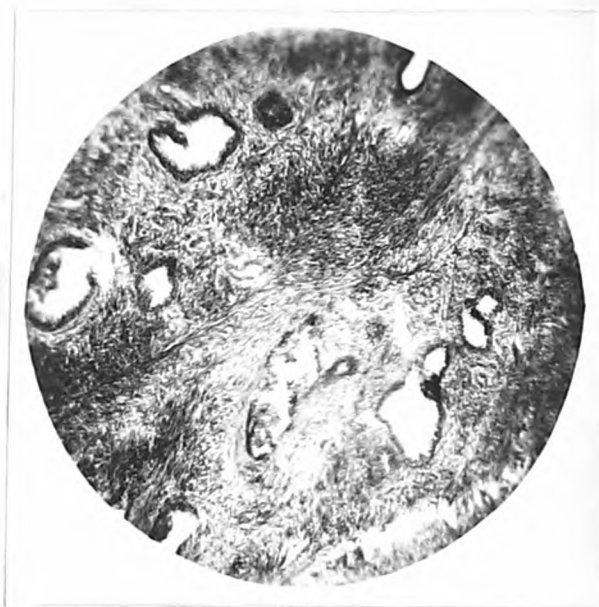


Рис. 63

Среди толстых пучков стромы видны отдельные железки, выстланные низким цилиндрическим эпителием и не складывающиеся в дольки.
Микрофотография: малое увеличение.

Удаленная аденома с бугристой поверхностью состоит из 3-х долей, плотно-эластической консистенции, с капсулой на всем протяжении опухоли, вес 86 граммов.

Гистологическое исследование препарата № 7939: 15/IX 1953 года.

В препарате преобладает фибромускулярная основа. Железистые трубочки мелких размеров с круглым или овальным просветом, выстланные кубическим эпителием. Между этими дольками располагаются довольно толстые прослойки гладких мышечных и соединительнотканых волокон; толстые прослойки такой же ткани видны внутри железистых долек /рис.64,65/.

Встречаются железистые трубки в виде солидных тяжей или несколько вытянутые, имеющие щелевидную форму /рис.66/.

В строме видны единичные очаговые мелкоклеточные инфильтраты.

Сосуды разного калибра, расположены преимущественно в строме по периферии препарата, стенки их утолщены, просвет пуст /рис.67/.

Заключение. Железисто-фиброзная форма аденомы предстательной железы с атрофией железистой ткани.

12. Больной Ч., 70 лет /ист.бол.№ 4514/, поступил в урологическое отделение 3/IX 1952 года с полной задержкой мочи.

В марте 1952 года был наложен надлобковый мочепузырный свищ по поводу острой задержки мочи. После этого проведен курс лечения 2% раствором синэстрола по схеме Топчан и Померанцева. Всего получил синэстрола 4700 мг. Надлобковый свищ закрылся, мочился через уретру в течение года, но затем наступила задержка мочи повторно, свищ вновь открылся; от проведенного профилактического курса лечения синэстролом мочеиспускание не восстановилось. Прекратил лечение синэстролом за 2,5 месяца до операции удаления аденомы.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Капиллярный надлобковый мочевого свищ.

9/IX 1952 года – операция восстановления надлобкового свища. Вазорезекция.

23/IX 1952 года – операция аденомэктомии.

Во время операции встретились трудности вылушения аденомы из-за наличия мощных спаек вокруг опухоли. Значительное кровотечение из простатического ложа. Ложе тампонировано марлевой полосой с гемостатической губкой. Перелито 200,0 крови.

Удаленная аденома шаровидной формы, плотно-эластической консистенции, с неровной поверхностью и обрывками на ней рубцовой ткани; вес 49 граммов.



Рис.64

Среди стромы расположены мелкие, круглой формы железистые пузырьки. Микрофотография, малое увеличение.



Рис.65

Видны железистые дольки, расположенные среди толстых пучков стромы.
Микрофотография; малое увеличение



Рис. 66

Среди стромы расположены вытянутые
железистые трубки /стрелка/.
Микрофотография; ок.7 х об.8

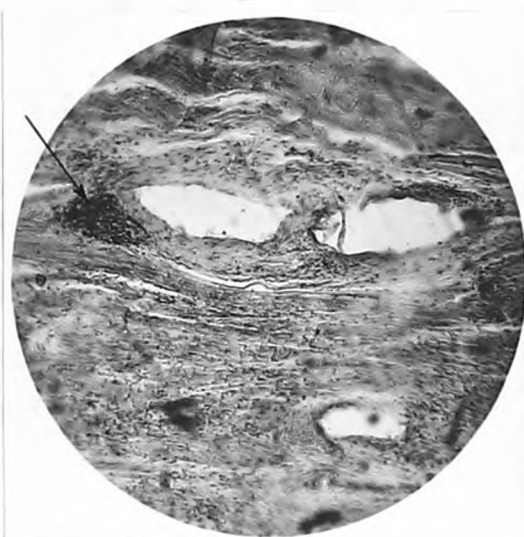


Рис.67

Крупные кровеносные сосуды с утолщенной
стенкой и пустым просветом. В строме -
очажки мелкоклеточной инфильтрации.
Микрофотография; ок.5 х об.20.

Гистологическое исследование препарата № 796I:
20/IX-1952 года.

Среди фибромускулярной основы видны дольки железистой ткани.

Большинство железистых пузырьков ветвящиеся, в их просветах содержится жидкий секрет; выстланы они большей частью цилиндрическим эпителием, другие - многорядным переходным /рис.68/

Некоторые железистые пузырьки кистовидно-растянутые, просвет их пуст, кое-где виден отторгнувшийся эпителий /рис.69/.

В местах мощной фибромускулярной ткани железистые пузырьки большей частью мелкие, сдавленные, имеют щелевидную форму, выстланы однорядным кубическим эпителием /рис.70/.

В фибромускулярной строме имеются кровеносные сосуды с утолщенной стенкой.

В строме около долек железистой паренхимы расположены очаговые мелкоклеточные инфильтраты.

Заключение. Железисто-фиброзная форма аденомы предстательной железы с метаплазией эпителия; мелкоклеточная инфильтрация в строме.

ИЗ. Больной К., 73 лет/ ист.бол.№ 2889/, поступил в клинику 29/У 1953 года с надлобковым мочепузырным свищем, который был наложен 15/IX 1949 года по поводу внезапно наступившей острой задержки мочи на почве аденомы предстательной железы.

С I/П 1950 года лечился 2% раствором синэстрола по 60 мг в сутки. Принял синэстрола 4000 мг, после чего периодически мочился через уретру /не больше недели/, полного восстановления мочеиспускания не наступало. В марте 1951 года принял еще 1340 мл синэстрола, после чего появилась общая слабость, упорная головная боль. После прекращения лечения синэстролом головная боль и общая слабость исчезли.

Клиническим обследованием установлено: аденома предстательной железы-III ст., надлобковый мочево-й свищ. Аортокардиосклероз. Эмфизема легких. Интервал между прекращением лечения синэстролом и аденомэктомией 12 месяцев.

4/УI 1953 года - операция аденомэктомии. В виду наличия между аденомой и окружающими тканями плотных сращений тупое вылушивание ее было тяжелое. Приходилось частично выстригать аденому ножницами. Значительное кровотечение из простатического ложа как во время операции, так и в послеоперационном периоде в течение трех суток.



Рис. 68

Ветвящиеся железистые пузырьки, разделенные толстыми пучками стромы. Микрофотография; большое увеличение



Рис. 69

Кистовидно-растянутые железистые пузырьки, тесно прилежащие друг к другу. Микрофотография ; большое увеличение



Рис. 70

Другой участок того же препарата. Среди толстых пучков фибромускулярной основы беспорядочно расположены мелкие, сдавленные железистые пузырьки. Микрофотография, ок.7 х об.8.

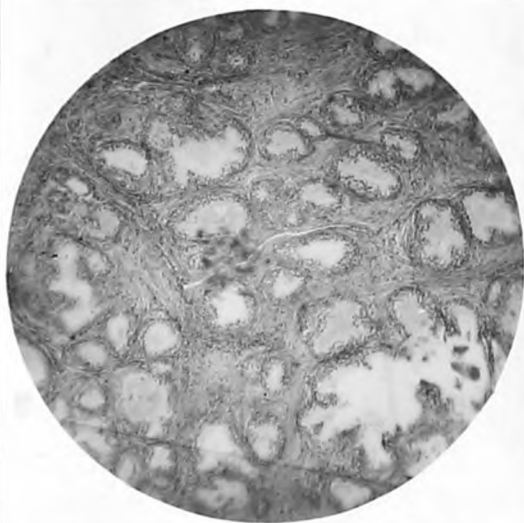


Рис. 71

Среди толстых пучков фибромускулярной основы расположены маленькие железистые пузырьки. Микрофотография; ок.7 х об.8

Удаленная аденома шаровидной формы, плотно-эластической консистенции, по периферии препарата обрывки плотной ткани, напоминающей остатки капсулы. Размеры: 7,5 x 7 x 5 см. Вес 86 граммов.

Гистологическое исследование препарата № 8953: 20/X 1953 года.

В препарате обращает на себя внимание значительное преобладание фибромускулярной стромы. Видны отдельные узлы фиброза. Среди этой основы расположены дольки железистой ткани; большинство железистых трубочек мелкие, между ними проникают довольно толстые прослойки гладких мышечных и соединительнотканых пучков, толстые прослойки такой же ткани видны внутри долек /рис. 71/.

В других местах видны железистые трубочки различной величины и формы, ветвистые и кистозно-расширенные, в просветах их содержится жидкий, местами стужающийся секрет, однако просвет большинства железистых трубочек пуст. Выстилающий их эпителий, высокий цилиндрический, местами низкий. По периферии препарата около капсулы идут толстые пучки мышечных и соединительнотканых волокон, среди этих пучков располагаются железистые трубочки то ветвящиеся, то в виде щелей /рис. 72/.

Кровеносные сосуды встречаются в фиброзе как в центре, так и по периферии препарата, в просветах их содержатся эритроциты.

Среди фибромускулярной основы видна мелкоклеточная лимфоидная инфильтрация то в виде тяжей, то в виде отдельных довольно крупных очагов.

Заклучение. Железисто-фиброзная форма аденомы предстательной железы с мелкоклеточной инфильтрацией в строме.

14. Больной П., 55 лет /ист.бол. № 4561/, поступил в клинику 6/IX 1952 года с неполной задержкой мочи и резко выраженными дизурическими явлениями.

Затрудненное мочеиспускание с марта месяца 1951 г. Однократная задержка мочи в мае месяце 1951 года, устраненная катетеризацией.

Тогда же диагностирована аденома предстательной железы. Лечился синэстролом по 60 мг в день. Всего путем внутримышечных инъекций введено 4100 мг синэстрола. Мочеиспускание не восстановилось, общее состояние больного ухудшилось, клиника дизурии нарастала. Интервал между прекращением лечения синэстролом и удалением аденомы 42 дня.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы II ст. /остаточной мочи 100 мл/. Острый цистит.

16/IX 1952 года - операция эпицистостомии. Гладкое послеоперационное течение.



Рис. 72

На периферии препарата видна "капсула", а среди толстых пучков стромы - ветвящиеся и сдавленные железистые пузырьки.

Микрофотография; среднее увеличение

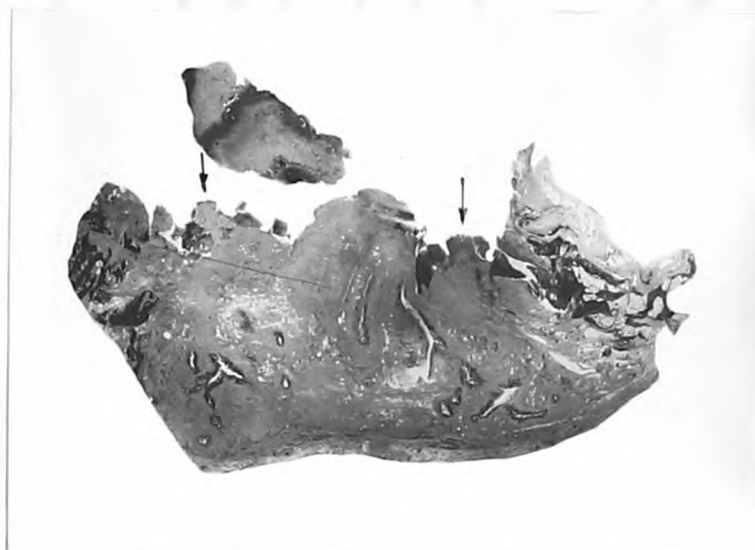


Рис. 73

Поперечный срез центральной части фиброзно перерожденной предстательной железы. Видны участки частичного иссечения железы /стрелки/ Лупа.



Рис. 74

Поперечный срез в области переднего полюса предстательной железы после частичного иссечения ее во время операции, где имеется некроз и кровоизлияние /стрелка/. Лупа.



Рис. 75

Среди фиброза беспорядочно расположены и частично сдавлены стромой мелкие железистые трубки. Щелевидные трубочки резко атрофичны. Микрофотография; малое увеличение.

30/IX 1952 года операция аденомэктомии. Ввиду отсутствия границы между аденомой и предстательной железой, наличия фиброза ее, удаление аденомы производилось кускованием. Операция закончилась частичным иссечением предстательной железы. Значительное кровотечение из простатического ложа. Тампон в ложе с гемостатической губкой. На операционном столе перелито 200,0 крови. Через двое суток после операции - вторичное кровотечение, потребовавшее переливания крови /200,0/; после чего кровотечение остановилось.

Через 5 дней после операции П момента /5/X/ больной умер. Причиной смерти послужила эмболия основного ствола левой легочной артерии.

На аутопсии взята предстательная железа целиком. Один срез сделан из центральной части /рис. 73/, другой - из переднего полюса железы /рис. 74/. На макропрепаратах видно, что предстательная железа фиброзно перерождена /рис. 73/.

На месте иссечения железы видны значительные участки кровоизлияния и некроз /стрелка на рис. 74/.

Гистологическое исследование препарата № 7981, взятого при секции /10/IX 1953 года/.

Среди фиброза диффузно или беспорядочно рассеяны и частично сдавлены стромой мелкие железистые трубочки, выстланные низким цилиндрическим эпителием. Просветы большинства железистых трубочек щелевидны, местами они имеют форму узких тяжей, резко атрофичны /рис. 75, 76/.

Некоторые железистые пузырьки выглядят в виде альвеол, заполненных слущенными эпителиальными клетками, в других - пролиферация эпителия.

В одном участке препарата виден маленький фиброматозный узелок, в центре которого располагаются извилистые, слегка расширенные железки, выстланные невысоким цилиндрическим эпителием; наблюдается десквамация эпителия в просвет железок.

По периферии препарата расположены гладкие мышечные волокна, а еще дальше от последних и поперечно полосатые. В соединительнотканной строме расположено большое количество нервных волокон и единичные симпатические ганглии. Тут же резко расширенные, переполненные кровью капилляры. В стенках артерий крупного калибра выражен гиалиноз.



Рис. 76

Другой участок того же препарата, где железистые трубочки атрофичные, сдавлены, некоторые из них представляются в виде щелей.
Микрофотография, малое увеличение.

В препарате преобладает мышечная и соединительно-тканная строма на железистой.

Заключение: Адено-мио-фиброзная форма аденомы предстательной железы с атрофией железистых трубочек и пролиферацией эпителия.

Мы привели в качестве иллюстрации I4 историй болезни с протоколами описания макроскопического и гистологического строения аденом предстательной железы после лечения больных синэстролом. Морфология остальных I5 аденом ничем существенным не отличается от первых. Поэтому данные гистологического исследования представлены нами в сводных таблицах № II и I2, относящимся ко всей группе больных, леченных синэстролом.

Аденомы после лечения синэстролом в количестве 29 мы распределили на две подгруппы /I и II/. I8 из них получены оперативным путем в разные периоды лечения синэстролом, где клинический эффект был отрицательным, а повторная задержка мочи являлась показанием к оперативному вмешательству. II препаратов относятся к тем случаям, у которых инъекции синэстрола проводились между I и II этапами операции, мочеиспускание у больных не восстанавливалось, а показания к аденомэктомии оставались неизбежными.

Наш материал дает нам право высказать следующее: несмотря на применение синэстрола колебания в весе аденом были значительные и больше половины всех аденом весили свыше 40 граммов. Мы не могли отметить выраженного уменьшения веса их в зависимости от принятой дозы синэстрола. Наименьший вес аденом /10 гр./ наблюдался при приеме 5900 мг синэстрола, но при значительно большей дозе син-

эстрола /8600, 14000 мг/ вес аденом достигал 86,45 гр.и т.д.

На поверхности аденом в этой группе мы могли чаще наблюдать обрывки волокнистой соединительной ткани, да и сама операция была значительно труднее, чем у больных не леченных синэстролом.

Обращает на себя внимание значительное развитие и утолщение фиброзной, а также фибро-мускулярной основы, имевшей место как между дольками железистой паренхимы, так и между отдельными железистыми трубочками.

Мощные рубцы между аденомой и окружающими тканями были отмечены при операции удаления таких аденом. Также мы могли наблюдать обрывки соединительной ткани на поверхности аденом, при осмотре макропрепаратов. Все это позволяет предполагать, что развитие фиброза происходит не только в самой аденоме, но и в окружающих ее тканях.

Наличие смешанных гистологических форм с выраженным развитием фибромускулярной основы /главным образом фиброзной/ составляет в этой группе почти 1/2 всех наблюдений.

Приблизительно 1/2 составляют и адено-кисты /15 из 29/, но в этой группе мы наблюдали также значительно чаще железистые трубочки небольших размеров, сдавленные с вытянутым щелевидным просветом, а также расположенные в виде узких солидных тяжей.

Кроме того, в II случаях из 29 имелась выраженная пролиферация эпителия железистых трубочек, что заставляет нас быть особенно настороженным к больным, имеющим такие формы аденом.

Стенка кровеносных сосудов в этой группе была нередко утолщена.

Результаты гистологического исследования удаленных аденом после лечения больных синэстролом представлены в таблице II.

Таблица II

Формы аденомы предстательной железы	Число случаев
Адено-кистозная	10 //
Адено-кистозная с пролиферацией эпителия	5 / 15
Аденофиброзная	5
Адено-фиброзная с пролиферацией эпителия	5 14
Адено-мышечная	3
Адено-мио-фиброзная с пролиферацией эпителия	1
Итого	29

4. Анализ полученных данных

В настоящем разделе мы попытаемся сопоставить гистологическое строение аденом предстательных желез у наблюдавшихся нами больных леченных и не леченных синэстролом.

В части случаев мы могли констатировать некоторые особенности морфологической картины после лечения синэстролом, представляющие, несомненно, теоретический и практический интерес. Эти особенности заключаются в том, что почти в половине случаев исследованных нами аденом наблюдается значительный сдвиг в соотношениях тканей, именно в сторону преобладания стромы над паренхимой.

Таблица 12

[illegible]

В I-й группе /табл.9/ из 109 случаев на долю железистой формы приходится 97 /88,9%/, на смешанную - 8 /7,4%/, и рак - 4 /3,7%/, тогда как во 2-й группе /табл.II/ из 29 случаев железистая форма составила 15 /в том числе пролиферирующая 6 случаев/. Следовательно, у не лечившихся синэстролом /I гр./ смешанная форма аденом предстательных желез встретилась в II раз меньше, а у лечившихся синэстролом - эта форма аденом составила около половины случаев. Если в I группе железистая форма аденомы /вместе с пролиферирующей/ встретилась в 10 раз чаще /88,9%/, чем смешанная, то во II группе эта форма составила половину случаев /15 из 29 случаев/.

Из этого следует, что такая резкая разница в соотношениях форм аденом во II группе нашего материала является, повидимому, следствием влияния синэстрола на аденоматозную ткань железы. Мы полагаем, что действие синэстрола выражается в дегенерации железистых комплексов, их атрофии и замещении соединительной тканью, однако последнее наблюдается далеко не во всех случаях /табл.II/.

Кроме нарастания соединительной ткани и увеличения количества смешанных форм, некоторые изменения отмечаются и в самой паренхиме аденом.

Кистозно-растянутые железистые трубочки встречаются в обеих группах, но у больных леченных синэстролом они, как правило, наблюдаются реже, расположены дальше друг от друга, разделены более толстыми прослойками соединительной ткани и мышечных волокон и мельче по размерам.

Кроме того, во II группе чаще встречаются мелкие железистые образования, не складывающиеся в дольки, а рас-

положенные нередко беспорядочно и отделенные между собой более или менее толстыми прослойками соединительной ткани.

Наконец, соотношение форм аденом по отношению к железистой ^{форме} резко меняется.

Чаще встречаются во II группе /причем не только по периферии, но и в центре аденомы/ вытянутые железки с овальным или щелевидным просветом, иногда настолько сдавленные окружающей соединительной тканью, что они принимают вид узких солидных тяжей.

Наряду с некоторой атрофией железистых трубочек у больных леченных синэстролом, несколько чаще наблюдается и пролиферация эпителия. В то время как в I группе, у больных не леченных синэстролом, она наблюдалась у II из IO9 или в IO%, во II группе она имела место в II наблюдениях из 29, т.е. более, чем в I/3 случаев.

Кровеносные сосуды с утолщенной, иногда гиалинизированной стенкой мы также чаще наблюдали в аденомах у больных, леченных синэстролом.

Наши наблюдения согласуются и с литературными данными.

Я.Л.Рапопорт отмечал атрофию эпителия аденом после лечения больных синэстролом.

Л.М.Шабад указывает, что во всех случаях, когда применялся синэстрол, наблюдалось значительное разрастание соединительной и мышечной ткани в предстательной железе со значительным фиброзом последней. Больше чем в половине случаев он находил пролиферацию эпителия.

В отличие от обычной аденомы, среди которой пролиферирующая встречается относительно редко, — у Л.М.Шабада

в 4% случаях, у Б.В.Ключарева в I, I%, на нашем материале после лечения больных синэстролом пролиферирующая аденома наблюдалась довольно часто. Повидимому под влиянием синэстрола обычная аденома переходит в пролиферирующую.

Таким образом, при гистологическом исследовании аденомы предстательной железы, удаленной после более или менее длительного лечения синэстролом, обнаружена склонность к разрастанию соединительной ткани и образованию сращений между аденомой и предстательной железой, но полной атрофии железистых элементов как мы, так и другие авторы /Л.М.Шабад, Б.В.Ключарев, П.И.Соболев и др./ еще не наблюдали.

А.А.Лапин /1955/ исследовал 80 препаратов аденоматозной ткани после лечения больных синэстролом и ни в одном случае не находил дегенеративных изменений и атрофии железистых комплексов в аденомах. Полиморфизм структуры последних автор относит за счет пролиферативного процесса, стоящего в зависимости от функционального состояния фиброзно-мышечной стромы аденомы.

Мы не можем полностью согласиться с утверждением А.А.Лапина в том отношении, что в аденомах, леченных большими дозами синэстрола, якобы не наступает никаких сдвигов гистологических структур.

Анализ изучения гистологического строения ткани аденом предстательной железы показывает /см. протоколы и таблицу II/, что наблюдается своеобразное изменение в ткани аденом и в ее ложе, стоящее, повидимому, в зависимости от принятой больным дозы синэстрола, интервала между

прекращением введения в организм последнего и вылучением аденомы. Эти изменения состоят в том, что уже при средних дозах синэстрола /1560-1800 мг/, наряду с типичными железистыми комплексами часто встречаются измененными железистые трубочки- они единичны, не складывающиеся в дольки, нередко мелкие, круглой или неправильной формы. Наблюдается выраженная метаплазия и нередко пролиферация эпителия. При этом последний заполняет иногда почти целиком просвет железистой трубки. Во всех случаях мы наблюдали сдавленные стромой атрофичные железистые трубки; при железистой форме - по периферии препарата, при фиброзной и мышечной - по всему препарату. Кроме того, в отличие от обычной аденомы мы, как правило, наблюдали значительное разрастание соединительной, реже мышечной ткани, мощные пучки которой проникали между дольками железистой паренхимы, а также между отдельными железистыми трубочками.

Некоторые больные за курс лечения приняли большие количества синэстрола /одному больному было введено 5340 мг, второму - 8600 мг, третьему - 14000 мг/. У этих больных лечение продолжалось свыше 3-х лет. Гистологическое строение аденом у них относится к адено-фиброзной форме, причем в 2-х случаях она оказалась пролиферирующей /некоторые участки препарата носили характер фиброза/.

Что касается веса аденом у больных, леченных синэстролом мы не могли отметить резкого его уменьшения. Они преимущественно имели вес свыше 40 граммов. Вес аденом у не леченных синэстролом в среднем достигал 40-50 граммов.

Из этих данных видно, что независимо от продолжительности лечения и дозы синэстрола уменьшения аденомы в весе

не наблюдается, хотя изменения в структуре аденоматозной ткани говорят в пользу атрофических процессов в железистых комплексах. А.Б.Топчан, А.А.Померанцев и Я.Л.Рапопорт допускают, что аденоматозные предстательные железы после лечения синэстролом уменьшаются в размерах вследствие атрофии железистых элементов.

Мы считаем, что если это уменьшение железы в размерах и наблюдается, то не за счет атрофического процесса в аденоме, а, главным образом, вследствие уменьшения застойных явлений в органах малого таза, в результате уменьшения или исчезновения отека ткани предстательной железы.

Синэстрол /синтетический препарат/, как известно, по своему фармакологическому действию относится к гормонам желез внутренней секреции /К.И.Барулин/. Под влиянием эстрогенных веществ улучшаются процессы обмена, крово-лимфообращение, повышается жизненный тонус организма, что в свою очередь приводит к уменьшению застойных явлений в предстательной железе и соседних с ней тканях и органах. В конечном итоге железа уменьшается в размерах, что принимается, безусловно, некоторыми авторами /А.Б.Топчан, А.А.Померанцев и др./ за конечный результат после лечения больных синэстролом.

Небезызвестен факт, что после наложения надлобкового свища у многих больных восстанавливается акт мочеиспускания /А.П.Цулукидзе, М.А.Карапетян и др./, а предстательные железы оказываются заметно уменьшены в размерах. Это зависит от уменьшения или исчезновения отека тканей железы, уретры и т.д.

Патолого-анатомические и экспериментально-морфологические исследования последнего времени ряда авторов /Л.А. Черкасский, Л.М.Шабад, Б.В.Ключарев, О.М.Монастырская, В.П.Коноплев/ показали, что морфологические изменения в предстательной железе связаны с нарушением гормонального равновесия, в результате преобладания женского полового гормона над мужским, а повышенное содержание в организме эстрогенного вещества как у экспериментального животного, так и в старческом организме людей приводит к разрастанию периуретральных желез, и в конце концов образуется аденома предстательной железы.

Л.А.Черкасский /1940/, при исследовании предстательных желез секционного материала новорожденных мальчиков всегда находил гиперплазию паренхимы с расширением железистых пузырьков, сопровождавшимся увеличением объема органа. Цилиндрический эпителий, выстилающий эти железистые пузырьки, уплощался, местами замещался кубическим, нередко напоминал многослойный. Эти явления носили временный характер. Через несколько недель после рождения предстательная железа новорожденного уменьшалась в размерах, железистые пузырьки возвращались к норме и были выстланы уже цилиндрическим эпителием.

Эти морфологические изменения в предстательной железе новорожденных мальчиков, по мнению Л.А.Черкасского и Л.М.Шабада, зависят от того, что в первые дни после рождения в организме новорожденного преобладает женский половой гормон, который и является фактором, влияющим на увеличение предстательной железы с известными морфологическими

изменениями в ней.

Б.В.Ключарев /1946/ применением полианола /эстроген/ у экспериментальных животных /мышей/ вызвал своеобразное разрастание периуретальных желез с метаплазией эпителия железистых пузырьков.

Уже под влиянием малых доз полианола /от 6 до 30 мг на курс/ наблюдалась дегенерация эпителия железистых пузырьков, иногда слияние его, а в ряде случаев нарушение нормального расположения последнего. При введении мышам средних доз /30-75 мг/ эстрогена в предстательной железе возникала очаговая гиперплазия предстательной железы типа аденомы. В ряде случаев наблюдались ненормальная величина и форма отдельных железистых трубочек; цилиндрический эпителий замещался многорядным, образуя папиллярные выросты, обращенные в просвет железистой трубки. Наконец, при введении эстрогена в больших дозах /от 75 до 180 мг и больше/ изменения в эпителии выражались в виде атипических его разрастаний. Цилиндрический эпителий железистых пузырьков замещался многослойным переходным, а затем многослойным плоским с выраженным ороговением и с образованием жемчужин. Эти изменения касались в основном паренхимы и только в 6% случаев наблюдались изменения стромы в виде утолщения соединительнотканых прослоек, а в отдельных случаях гиалиноза ее.

Несколько позднее /1953/, испытывая на мышах, крысах и морских свинках синэстрол, диэтилстилбэстрол-пропионат, Б.В.Ключарев наблюдал более отчетливые морфологические изменения предстательной железы у мышей и морских свинок.

После имплантации под кожу 40 мг спрессованных таблеток диэтилстилбэстрол-пропионата свинкам разницы между стромой и паренхимой не наблюдалось /ранние сроки опыта - один месяц/. Однако через 4-6 месяцев от начала опыта при гистологическом исследовании автор мог отметить разницу между периферической и центральной частью предстательной железы. Она выражалась в том, что в периферических отделах предстательной железы наблюдалась атрофия железистых пузырьков со значительным развитием между ними межуточной ткани, тогда как в центральной части железы, расположенной между внутренним сфинктером и уретрой, наступало увеличение железистых комплексов.

Наряду с этим наблюдалось разрастание эпителия уретры, семявыносящих протоков и ампулярных желез, наступала резкая атрофия семенных пузырьков, яичек, а также и периферической части предстательной железы.

Б.В.Ключарев пишет: "По мере нарастания процесса эпителий превращался в многослойный плоский, ячейки увеличивались и принимали значительные размеры. Расширенные дольки, а также разрастание межуточной ткани оказывали давление на уретру и семявыносящие протоки".

Б.И.Монастырская /1949/ применением синэстрола у мышей получила аналогичные с Ключаревым результаты. А именно: после 8-го введения 0,25% раствора синэстрола по 0,2 /20 мг/ наступало увеличение центрально расположенных железистых пузырьков, превращение цилиндрического эпителия в многослойный плоский. Наряду с этим наблюдались выраженные явления атрофии яичек и семенных пузырьков.

В.П.Коноплев /1954/, применяя также синэстрол у экспериментальных животных /мыши/, подтвердил данные, полученные Б.В.Ключаревым. Автор установил, что в ранние периоды опыта наблюдается довольно резкое торможение секреции во всех отделах предстательной железы мышей, что имеет место и у человека при введении ему синэстрола /соответствует наблюдениям Я.Рапопорта/. Под влиянием больших доз синэстрола происходит пролиферация эпителия, наступает изолированное увеличение предстательной железы I, одновременно наступает атрофия в железах II и III. х/

Таким образом, экспериментальными работами установлено, что локализация патологического процесса в предстательной железе находится в центральном отделе ее. Кроме того, выявлено диффузное разрастание фибромускулярной ткани, в отдельных участках достигающее значительных размеров /Б.В.Ключарев/.

Подавляющее большинство авторов /А.П.Гриненко, Г.Б.Монашкин, Н.М.Борисовский, Р.М.Фронштейн, Л.М.Дунаевский и др./ также исходным пунктом образования аденомы считают периуретральные железы.

х/ Предстательная железа мыши по В.П.Коноплеву состоит из 3 пар анатомически обособленных и гистологически различающихся отделов. Они отличаются и различной реакцией на экстрогенное и андрогенное гормональное влияние. Первый отдел — это так называемая предстательная железа I, располагающаяся между семенным пузырьком, семявыносящим протоком и задней стенкой мочевого пузыря; топографически она соответствует периуретральным железам человека. Второй отдел — предстательная железа II, соответствует задне-боковым долям; предстательная железа — III, соответствует передне-боковым долям и передней комиссуре предстательной железы человека.

На нашем операционном материале, на макропрепаратах видно, что узловатые образования локализуются именно непосредственно вокруг мочеиспускательного канала. По периферии препарата аденоматозные узлы небольших размеров, они сходят на нет и видна капсула, состоящая из фибромускулярной основы без какой-либо границы, заключая в себе, как в чехле, опухоль.

Б.В.Ключареву, О.М.Монастырской, В.П.Коноплеву удалось воспроизвести "экспериментальную модель" аденомы предстательной железы методом искусственного создания дисгормонального состояния в организме животного. Однако полученные у животных патологические изменения в предстательной железе отчасти сходны, а отчасти отличаются от того, что наблюдается у человека. У экспериментальных животных наблюдается плоскоклеточный ороговевающий характер разрастающегося эпителия железистых пузырьков, в то время как у человека не наблюдается столь выраженной метаплазии. Между тем изменения, возникающие в ранние сроки опыта в результате применения небольших доз эстрогенных веществ, весьма напоминают картину аденомы предстательной железы человека. Еще большее сходство наблюдается в клинко-анатомической картине конечной стадии заболевания у человека и экспериментально вызванного процесса у животного — дело заканчивается сдавлением мочеиспускательного канала образовавшейся аденомой и гибелью животного и человека.

Однако имеется диаметрально противоположная точка зрения некоторых авторов /А.Б.Топчан и А.А.Померанев, Я.Л.Рапопорт, Л.И.Дунаевский и В.В.Зиновьева/, по мнению

которых синэстрол ведет не к разрастанию, а к атрофии железистых элементов аденоматозной железы. Эти атрофические процессы наступают в результате нейтрализации андрогена, который является, по мнению А.Б.Топчана, Л.И.Дунаевского и др., фактором, вызывающим образование аденомы предстательной железы.

Если Л.М.Шабад, Б.В.Ключарев, И.Н.Шапиро, И.И.Соболев и др. высказываются в пользу того, что причиной возникновения аденомы предстательной железы является повышенное содержание в организме человека женского полового гормона вследствие старческой инволюции яичек, а у экспериментальных животных в результате искусственного создания дисгормонального состояния, то А.Б.Топчан и А.А.Померанцев, Л.М.Дунаевский, Я.Л.Рапопорт полагают, что в этиологии аденомы имеет значение, наоборот, преобладание мужского полового гормона над женским, в силу повышенных половых функций яичек. Если А.Б.Топчан находил в моче больных аденомой самое высокое содержание андрогена, преобладающего над эстрогеном, то, напротив, А.Г.Брин и И.А.Сокольская /клиника А.П.Фрумкина/ находили, что содержание в моче андрогена у больных аденомой простаты мало чем отличается от количества андрогена у здоровых людей. Более того, указанные авторы в 46 исследованиях находили количественное преобладание эстрогенов над андрогенами.

Таким образом, из всего этого следует вывод, что среди авторов имеются противоречия как в отношении результатов патолого-анатомического анализа и лабораторных исследований, так и в вопросе этиопатогенеза аденомы предста-

тельной железы.

Это последнее лишний раз подтверждает то, что есть еще много неясного в этиологии, а также и в морфологии аденомы предстательной железы не только для клиницистов, но и для патологоанатомов и экспериментаторов. И, несмотря на это за последние 8 лет для лечения аденомы простаты стали применять гормонопрепараты. Прав И.М.Эпштейн, который говорит, что "... нельзя смотреть на андроген и эстроген, как на противодействующие начала. Эта привычная концепция приводит к ошибкам. Несомненно, что оба гормона на каком-то протяжении идут параллельно и действуют одинаково, и только где-то у конца они расходятся".

В заключение настоящей главы мы позволим себе высказать мнение, что те изменения в гистологическом строении аденомы предстательной железы после лечения больных синэстролом, которые имеют место в исследованных нами препаратах, можно объяснить тем, что в силу уже сложившихся условий воздействия на предстательную железу женского полового гормона больному с аденомой еще дополнительно искусственно вводился в больших количествах синэстрол.

В результате действия синэстрола соотношение тканей меняется. Уменьшается количество паренхимы, увеличивается соединительнотканная строма, образуются сращения в железе, в результате теряются границы между самой аденомой и предстательной железой. При таком состоянии ухудшаются условия вылуцения аденомы тупым путем, теряется, таким образом, та легкость удаления ее, которая имеет место при обычной аденоме.

Это, в свою очередь, способствует во время производства аденомэктомии возникновению ряда осложнений, — нередко наблюдаемое профузное кровотечение из простатического ложа, которое является результатом того, что у лечившихся синэстролом чаще приходится прибегать к выстриганию аденомы ножницами и еще чаще — отсекают опухоль от мочеиспускательного канала. На этом подробно остановимся ниже /гл. IУ/.

После синэстрола столь часто встречающаяся пролиферирующая аденома предстательной железы — по Л.М.Шабалу больше чем в половине случаев, на нашем материале в I/3 случаев — заставляем предполагать, что пролиферация эпителия до сильных степеней наступает от действия на паренхиму железы синэстрола. Это также заставляет быть онкологически настороженным, так как подобного рода изменения являются безусловно предраковым состоянием.

ГЛАВА Ш

К Л И Н И К А

Клиника аденомы предстательной железы весьма характерна. Принято делить течение болезни по Гюйону на три стадии /периода/. Одной из клинических классификаций в настоящее время является классификация Л.И.Дунаевского. Но и течение болезни по Гюйону и Дунаевскому не полностью охватывает все те формы, которые наблюдаются в клинической практике.

Наши наблюдения показывают, что течение аденомы предстательной железы часто не ограничивается стадиями по Гюйону и клинической классификацией Л.И.Дунаевского, а приобретает особую форму, которую мы, как и Я.З.Пикус, называем остро текущей. Течение болезни этой формы имеет свои особенности, выражающиеся в острой задержке мочи, часто внезапной; протекает она бурно. Причиной развития этой формы течения болезни являются различного рода факторы: погрешности в диете /алкоголь, острая пища и т.д./, неблагоприятные метеорологические условия /переохлаждение/, произвольное продолжительное задержание мочи в связи с некоторыми условиями труда /рабочие у автомата, трактористы и пр./ и т.д.

Основой настоящей главы является собственный клинический материал.

Наши наблюдения касаются 226 больных, 32 из них до операции аденомэктомии лечились синэстролом по методу А.Б.Топчан и А.А.Поменарцева. 1

Как у не лечившихся, так и у лечившихся больных синэстролом болезнь заканчивалась чаще всего полной задержкой мочи, причем внезапно. Какого-либо существенного различия в клиническом течении заболевания аденомы предстательной железы в III стадии у больных, леченных и не леченных синэстролом, нам отметить не удалось.

I. Вопросы патогенеза

Среди заболеваний предстательной железы, вызывающих расстройства акта мочеиспускания, первое место по частоте после простатитов занимает аденома ее. Болезнь эта развивается у мужчин старше 50 лет. Установлено, что в указанном возрасте предстательная железа бывает увеличенной у 50% мужчин, а у 35% наблюдаются различной степени расстройства мочеиспускания, среди которых большей частью болезнь приводит к полной задержке мочи, часто внезапной. Она может принять тяжелое и бурное течение, ведущее к скорой гибели больного.

Клинические явления при аденоме предстательной железы наиболее часто наблюдаются в возрасте от 50 до 80 лет, что видно из статистических данных ряда авторов, приведенных в таблицах I3 и I4.

Таблица I3

Возраст	Процент заболеваний			
	По Хольцову	По Фронштейну	По Шапиро	По Чулукидзе
36-40 лет	I3	-	-	-
40-50 лет	26	-	I	-
50-60 лет	3I	40	I7	I7
60-70 лет	56	75	49	63
70-80 лет	50	-	29	20
80-90 лет	54	-	4	-

Таблица I4

Возраст	Число случаев		
	По Мир-Каси-мову	По Дунаев-скому	По Шол-кову
36-40 лет	2	-	-
40-50 лет	18	5	-
50-60 лет	47	89	11
60-70 лет	140	189	33
70-80 лет	77	69	18
80-90 лет	24	8	-
90-100 лет	2	-	-

Из таблиц I3 и I4 видно, что подавляющее большинство больных - от 80 до 100% - относится к возрасту от 50 до 80 лет и старше, однако наблюдается аденома предстательной железы и в возрасте ниже 50 лет.

Некоторые авторы / Орловский, Р.М.Фронштейн, Л.И.Дунаевский/ полагают, что на развитие аденомы предстательной железы оказывают известное влияние образ жизни и профессия.

Так, Орловский указывает, что аденома предстательной железы встречается чаще среди городского населения. Это обстоятельство он объясняет тем, что среди жителей города большое количество людей занимается интеллектуальным трудом. В силу своей профессии они долго сидят, мало и редко находятся в движении. Это, как полагает автор, приводит к застойным явлениям в органах малого таза, что способствует развитию болезни.

По данным Л.И.Дунаевского /клиника Фронштейна/, профессиональный состав больных аденомой предстательной же-

лезы распределяется следующим образом:

Таблица 15

Профессия	Колич. больных	Процент
Служащие, врачи, учителя и др.	67	56,7
Крестьяне	14	11,86
Рабочие	9	7,62
Военные	4	3,38
Прочие	24	20,37

Анализ нашего клинического материала показывает, что говорить о преимущественном заболевании аденомой предстательной железы среди служащих нет никаких оснований. По материалам нашего отделения наименьший процент приходится на служащих, одинаково часто болеют как рабочие, так и крестьяне /табл.18/. Поэтому мы не можем разделить мнения ряда авторов /Орловский, Л.И.Дунаевский и др./ в отношении профессионального фактора, как этиологического момента в развитии аденомы предстательной железы.

В настоящее время большинство авторов /Л.М.Шабад, И.Н.Шапиро, А.П.Фрумкин, Б.В.Ключарев, В.П.Коноплев, И.И.Соболев и др./ возникновения аденомы предстательной железы связывают с преобладанием в организме больного женского полового гормона, наступающего вследствие старческой инволюции яичек. Развитие болезни происходит в течение длительного времени /многие годы/.

На фоне уже создавшихся анатомических и функциональных изменений в самой предстательной железе, выражающихся в увеличении ее объема, изменением заднего отдела уретры,

нарушением пузырного сфинктера и пр., болезнь может принять другой характер течения под влиянием различных неблагоприятных условий внешней среды. Эти условия могут приводить в одних случаях к более тяжелой клинической картине течения болезни, в других — к доброкачественному ее течению. Однако более выраженные анатомические изменения в органах мочеполовой сферы сопровождаются тяжелыми общими явлениями. Нередко при незначительно увеличенной предстательной железе наступают довольно выраженные расстройства мочеиспускания, особенно при нарушениях в диете /алкоголь/ и других эксцессов. При таком состоянии у больных наступает полная задержка мочи, часто внезапно и восстановить мочеиспускание катетеризацией не удастся. Напротив, при довольно больших размерах железы клинические явления или совсем отсутствуют, или умеренно выражены, тогда течение болезни бывает доброкачественным и общее состояние организма страдает мало.

2. Клинические формы болезни

Жалобы больных сводятся в основном к дизурическим расстройствам, которые проявляются от ничтожных ощущений до тягчайших страданий.

Гюйон /1887/ различал три клинические стадии /периода/ болезни:

I. I стадия — период предвестников — характеризуется учащенным и затрудненным мочеиспусканием, повелительными позывами.

В этой стадии характерной особенностью является то, что ощутив ночью позыв к мочеиспусканию, больной не в

состоянии выпустить мочу немедленно. Проходит несколько минут, прежде чем моча начнет выделяться, причем струя мочи вялая, падает отвесно, иногда разбрызгивается, а разовая порция выпущенной мочи тем меньше, чем чаще позывы. В этой стадии болезни пузырь при мочеиспускании опорожняется целиком, остаточной мочи в нем не бывает. Болезнь характеризуется функциональными расстройствами со стороны нервномышечного аппарата предстательной железы и мочевого пузыря. Эта стадия может протекать месяцами и годами, а затем переходит во вторую ее стадию.

2/ II стадия — период остаточной мочи или период хронической неполной задержки ее. Симптомы болезни развиваются постепенно и незаметно для больного.

Учащенное мочеиспускание наблюдается днем и ночью. В этой стадии болезни наступают деструктивные изменения со стороны гладкого /внутреннего/ сфинктера пузыря, изменяются форма и направление простатического отдела мочеиспускательного канала вследствие увеличения объема аденомы; тогда страдает пузырная мышца. В результате последнего пузырь теряет способность полностью опорожняться, имеется остаточная моча в нем /от 75 мл до 200 мл/. Чем больше в пузыре остаточной мочи, тем чаще позывы на мочеиспускание и тем меньше больной испытывает удовлетворение от акта мочеиспускания. Иногда появляется необходимость натуживания при мочеиспускании, больной при этом испытывает боли или рези. Эта стадия может тянуться иногда многие годы. При ней организм страдает больше, чем в первой стадии болезни. Она характеризуется постепенным перераста-

нием функциональных расстройств в органическое страдание. Болезнь при таких условиях легко переходит в последнюю — третью стадию.

3/ III стадия — период полной хронической задержки мочеиспускания, когда наблюдается своеобразная форма недержания мочи или так называемая парадоксальная ишурия.

В этой стадии определяются более грубые деструктивные изменения со стороны всей мочевой системы. Способность самостоятельного акта мочеиспускания утрачена. Больные худеют, бледнеют, теряют аппетит, ощущают сильную жажду, появляется тошнота, головные боли. Эти симптомы являются выражением интоксикации организма продуктами обмена веществ вследствие недостаточности функции почек. Особенно сильно проявляются они в том случае, когда к застою мочи присоединяется инфекция мочевых путей. Конечным исходом третьей стадии болезни является расширение пузыря, мочеточников, почечных лоханок, иногда образуется пионефроз — развивается уремия, уросепсис, что и приводит обычно таких больных к гибели.

Следовательно, эта стадия представляет собою органическое страдание и характеризуется развитием тяжелых осложнений. Поэтому в этой стадии становится неизбежным оперативное вмешательство — устранение препятствия и восстановление функций акта мочеиспускания.

Течение аденомы предстательной железы может осложняться различными осложнениями, как-то: цистит, уретрит, пиелит, гематурия, простатит, орхоэпидидимит, камни мочевого пузыря и пр.

Провести резкую грань между этими тремя стадиями болезни, разумеется, трудно. В практике часто наблюдается несколько необычное клиническое течение болезни, которое иногда не учитывается врачами.

Л.И.Дунаевский /1935/ различает три клинические формы течения аденомы предстательной железы: первую — с неблагоприятным характером течения болезни, вторую — с благоприятным и третью — без клинических явлений. К первой группе относятся те больные, у которых с начала заболевания неуклонно прогрессируют клинические явления при сравнительно небольшом периоде удовлетворительного состояния. Переход из первой во вторую и третью стадии происходит быстро /в течение полугода/. При второй форме клинические явления развиваются медленно и иногда одна стадия переходит в другую на протяжении двух-трех десятков лет. Также медленно наступают деструктивные изменения со стороны мочевых органов. К третьей форме относятся больные, имеющие аденому предстательной железы, которая клинически себя ничем не проявляет. Эта группа людей совсем не поступает в стационар.

Г.Б.Теплицкий /1936/ клиническое течение аденомы предстательной железы делит на две формы: I/ компенсированную /соответствует I ст. по Гюйону/ и 2/ декомпенсированную. Причем последнюю форму автор подразделяет на рецидивирующую декомпенсацию мочевого пузыря /II ст./ и декомпенсацию всего мочевого аппарата /соответствует III ст. по Гюйону/.

Я.З.Пикус /1940/, наряду с указанной более или менее

постепенно развивающейся клинической картиной течения болезни, выделяет особую форму, когда болезнь развивается внезапно и бурно /молниеносно/ протекает, якобы минуя первую и вторую стадии, приобретает форму третьей стадии с рядом весьма серьезных осложнений. Таких больных автор выделяет в особую группу, а болезнь называет "гипертрофия простаты с острейшей клинической формой течения". Она является, по мнению Пикуса, наиболее тяжелой формой течения, требующей немедленного отведения мочи у больных методом эпицистостомии.

А.В. Айвазян /1953/, не разделяя точку зрения Пикуса, считает, что течение болезни не может миновать первую и вторую стадии, а, наоборот, третья стадия заболевания может наступить лишь после первой и второй стадии.

3. Собственный материал

Через урологическое отделение за период 5 лет /1949-1953/ прошло 226 больных. Наши статистические данные представлены в таблице 16.

Таблица 16

Годы	Колич. больных	Из них		с задержкой мочи
		с дизурическими расстройствами	с надлобковым свищем	
1949	25	3	5	17
1950	32	7	2	23
1951	59	6	12	41
1952	43	4	16	23
1953	67	9	20	38
	226	29	55	142

Из таблицы 16 видно, что количество больных возрастало

с каждым годом. В 1953 году их поступило наибольшее число — 67 человек. Такое значительное количество больных с аденомой предстательной железы, поступивших в урологическое отделение, объясняется тем, что за последние три года хирургическая служба в области значительно возросла. Этому способствовало, в частности, повышение квалификации хирургов, прошедших специализацию по циклу хирургии при кафедрах хирургии Свердловского медицинского института, где было отведено значительное количество часов для подготовки врачей и по урологии. Обеспечена возможность более раннего распознавания аденомы предстательной железы, своевременное оказание хирургической помощи больным как непосредственно в районах области /эпицистостомия/, так и своевременное направление их в урологическое отделение Свердловской областной клинической больницы..

Из этой таблицы видно также, что 29 человек поступило с дизурическими расстройствами начального периода заболевания, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении. 55 больных поступило с надлобковым свищем для второго этапа операции, и 142 с полной задержкой мочи, которые нуждались в неотложной медицинской помощи.

По возрасту наши больные распределяются следующим образом:

Таблица I7

Возраст /в годах/	Количество больных	Процент
40 - 50 лет	I	0,4
50 - 60 лет	43	I9,03
60 - 70 лет	I07	47,34
70 - 80 лет	74	32,89
80 - 90 лет	I	0,4
	226	I00

Таблица I7 дает представление о частоте клинических проявлений аденомы предстательной железы по возрасту больных. Около половины из них /47,34%/ приходится на возраст от 60 до 70 лет; 32,83% — на возраст от 70 до 80 лет; I9,03% на возраст от 50 до 60 лет; самому молодому было 48 лет, самому старшему — 8I год.

Профессиональный состав больных, прошедших через наше урологическое отделение, представлен в таблице I8.

Таблица I8

Профессии	Колич. больных	%	
Служащие	29	I2,83	/бухгалтеры, художники, врачи, инженеры, учителя и др./
Рабочие	43	I9,03	/промышленные рабочие/
Крестьяне ...	45	I9,9I	/сельскохозяйственные рабочие/
Прочие	3I	I3,72	/сторожа, пожарники, конюхи и пр./
Пенсионеры ..	78	34,5I	/разные профессии/
	226		

Среди наших больных /табл. I8/ служащие составляют I2,85%, рабочие — I9,03%, крестьяне — I9,9I%, прочие — I3,72% и пенсионеры — 34,5I%.

Относительно местожительства эти данные изложены в таблице 19, из которой видно, что подавляющее большинство больных - 92,48% - относится к приезжим, что значительно отличается от состава больных других авторов /Р.М.Фронштейна, Л.И.Дунаевского, Б.Н.Хольцова и др./.

Таблица 19

Местожительства больных	Колич. больных	%%
Жители Свердловска.....	17	7,52
Жители городов и рабочих поселков области	106	46,91
Жители сельской местности.	103	45,57
	226	100

Больные, поступившие в урологическое отделение по стадиям болезни распределены в таблице 20.

Таблица 20

Стадии болезни	Колич. больных	%%
I	8	3,54
II	21	9,29
III	197	87,17
	226	-

Из таблицы мы видим, что наибольшее число больных /87,17%/ поступило в состоянии третьей стадии и только 12,83% падает на I и II стадии болезни. Причем из больных III стадии 142 поступило с полной задержкой мочи и 55 с надлобковым мочепузырным свищем. У 73 /37,1%/ из 197 больных

задержка мочи наступала внезапно, течение болезни было бурное.

Таким образом, как по данным большинства авторов /А.Б.Топчан, Я.З.Пикус и др./, так и по нашим клиническим наблюдениям в урологический стационар поступают преимущественно больные в состоянии III стадии заболевания. Они составляют по Топчану 73%, по Пикусу - 84%, у нас они составили 87,17%.

Для полноты изложения клинического течения аденомы предстательной железы мы считаем целесообразным остановиться подробно на характере, частоте жалоб и отдельных симптомах тем более, что большинство авторов этому вопросу уделяет недостаточно внимания.

а/ Длительность болезни и частота отдельных симптомов

В клинические учреждения больные с аденомой предстательной железы вследствие латентного течения болезни и поздней обращаемости их к врачу обычно поступают с далеко зашедшим патологическим процессом. Клинические наблюдения показывают, что нет полного параллелизма между длительностью симптомов и размерами аденомы. Так, у больных с очень длительным анамнезом наблюдается вполне доброкачественно протекающая болезнь во всех стадиях и, наоборот, у некоторых людей клинические явления болезни развиваются в короткий период, от нескольких дней до месяца, причем болезнь скоро заканчивается полной задержкой мочи, часто внезапной.

У наблюдавшихся нами больных давность симптомов бо-

III.

лезни представлена в таблице 2I.

Таблица 2I

Ста- дии	Внезапно наступив- шая пер- вая за- держка мочи	До I ме- сяца	до 3 меся- цев	до 6 ме- ся- цев	До I го- да	До 2-х лет	До 3-х лет	До 5-ти лет	До 10 лет	До 20 лет	Ито- го	Све- ден нет
I	-	5	-	3	-	-	I	-	-	-	8	-
II	-	5	I	8	7	2	-	I	-	-	24	-
III	46	I7	I5	9	24	26	I3	I8	I5	7	I9I	3
Всего	46	27	I6	20	3I	28	I4	I9	I5	7	223	3
			36				II4					
%%	20,7	I2,I	I6,I				5I,I					

Из таблицы видно, что срок, прошедший у наших больных от появления первых симптомов до поступления в клинику, был следующим: у 7 человек - до 20 лет; у I5 - до IO лет; у I9 - до 5 лет; у I4 - до 3-х лет; у 28 - до 2-х лет; у 3I - до I года; у 20 - до 6 месяцев; у I6 - до 3-х месяцев; у 27 - до I месяца; у 46 человек острая задержка мочи наступала внезапно. Клиническое течение болезни у последних двух групп принимало тяжелый характер, больные поступали в стационар в неотложном порядке.

Таким образом, среди наших больных у 46 /20,8%/ длительность симптомов болезни исчислялась небольшим сроком. У всех у них общим было то, что они заболели внезапно и давность течения болезни исчислялась до недели. Необходимо

отметить тот факт, что до этого состояния они чувствовали себя совершенно здоровыми и никогда не испытывали каких-либо расстройств мочеиспускания. Также общим для всех больных этой группы было наступление острой задержки мочи после употребления алкоголя /браги и водки/. У 27 /12,1%/ больных давность симптомов болезни исчислялась сроком от недели до месяца. Причиной, приводившей к задержке мочи, у них являлись также разнообразные факторы /употребление алкоголя, тяжелый физический труд, переохлаждение, нарушение диеты и пр./.

Регулярной катетеризацией или постоянным катетером в течение 3-7 дней не удавалось восстановить мочеиспускание у этих больных. Клиническое течение болезни было бурным, сопровождалось рядом тяжелейших осложнений /уретрит, цистит, уросепсис, уремия и пр./. Это заставляло нас в неотложном порядке прибегать к разгрузке мочевого пузыря путем эпицистостомии. Большинство этой категории больных была произведена аденомэктомия, ткань аденомы исследовалась гистологически, и мы в подавляющем большинстве случаев находили железистую форму аденомы предстательной железы /гл. II/. У этой категории больных, или как ее называет Я.З. Пикус "гипертрофия предстательной железы с острой клинической формой течения", в анамнезе нам не удавалось выяснить сколько-нибудь заметных проявлений болезни до наступления острой задержки мочи. Болезнь принимала внезапно III стадию.

Таким образом, мы видим, что обе эти группы больных по клиническому течению болезни аналогичны, а потому мы

объединяем их в одну группу, что согласуется с данными Я.З.Пикуса. По нашим материалам аденома предстательной железы с острой формой течения составила 37,1%, а у Я.З.Пикуса 22,5%.

Для примера приводим краткие выписки некоторых историй болезни с острой формой течения аденомы предстательной железы.

I. Больной С., 78 лет /ист.бол. № 900/, поступил в урологическое отделение 27/II 1951 года с жалобами на недержание мочи.

Анамнез. 18/II 1951 г. внезапно наступила полная задержка мочи после употребления водки. 3 дня тому назад не стала держаться моча, она вытекала из канала самопроизвольно. В районной больнице мочу выводили катетером, но улучшения от этого не наступило. Раньше дизурические расстройства отсутствовали.

Объективные данные. Общее состояние больного тяжелое. Кожа сухая, видимые слизистые оболочки синюшны, язык сухой, обложен. Пульс 72 удара в I минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное кровяное давление 150/90 мм ртутного столба. Тоны сердца глухие, влажные хрипы в легких. Живот обычной формы. Почки не прощупываются, область их безболезненная. Мочевой пузырь достигает пупка, виден на глаз, из канала самопроизвольно выделяется моча. Остаточной мочи 600 мл. Предстательная железа увеличена до куриного яйца, гладкая, эластической консистенции, болезненная.

Анализ крови: Нв -73%, эритроциты 3700000. РОЭ 46 мм в час. Остаточный азот крови 37 мг %.

Анализ мочи. Мутная, удельный вес 1015, щелочной реакции, белок -0,16%; лейкоциты 20-25 в одном поле зрения, фосфорные соли в большом количестве в поле зрения.

Рентгенологически со стороны органов грудной клетки обнаружены возрастные изменения.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Парадоксальная ишурия.

С 27/II по 2/III 1951 г. больному проводилась систематическая катетеризация, пенициллинотерапия, сердечные средства. Мочеиспускание не восстановилось.

2/III-1951 г. под местной анестезией произведена эпизиостомия и резекция семявыносящих канатиков. Гладкое послеоперационное течение.

14/III-1951 г. под спинно-мозговой анестезией произведена операция аденомэктомии. Ложе простаты тампонировалось с гемостатической губкой. Гладкое послеоперационное течение. На 16 день после операции больной стал мочиться по каналу. Полное заживление надлобкового свища наступило на 28-й день.

Удаленная аденома эластической консистенции, равномерная, весом 54 грамма. Микроскопически: железистокистозная форма аденомы предстательной железы.

2. Больной А., 66 лет /ист.бол. № 2176/, поступил в урологическое отделение 7/У-1951 г. с полной задержкой мочи. 9 дней тому назад /29/IV/ внезапно наступила полная задержка мочи после употребления браги. До этого дизурические расстройства отсутствовали. В течение 5 дней мочу выводили капиллярной пункцией пузыря. Мочеиспускание не восстановилось. Общее состояние больного ухудшалось с каждым днем.

При поступлении в урологическое отделение было установлено: состояние больного тяжелое. Кожа сухая, видимые слизистые оболочки розовые. Язык и губы сухие, жажда. Со стороны органов грудной клетки возрастные изменения. Пульс 76 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное кровяное давление 135/90 мм ртутного столба. Живот мягкий, пузырь достигает пупка, виден на глаз. Из канала непроизвольно выделяется моча. Остаточной мочи 800 мл., цвет мясных помоев.

Предстательная железа увеличена, задний полюс ее пальцем не достигается, гладкая, плотной консистенции, безболезненная.

Анализ крови: Нв 70%, эритроциты 4400000, РОЭ-51, мм в час, лейкоциты 7800, формула нормальная.

Остаточный азот крови 42 мг %.

Анализ мочи: цвет мясных помоев, удельный вес 1012, белок - 0,33%. Лейкоциты 10-15 в поле зрения; эритроциты покрывают все поле зрения.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Парадоксальная ишурия. Гематурия.

8/У-1951 г. под местной анестезией произведена операция эпизиостомии. Резекция семенных канатиков. Больной получал пенициллин, сердечные средства. По собственному настоянию выписан из клиники на 37-й день после операции с постоянным свищем.

Плохо функционирующий надлобковый свищ заставил больного лечь в стационар повторно 13/УП-1951 г. Клинико-лабораторные данные оставались теми же.

24/УП-1951 г. под спинномозговой анестезией восстановлен надлобковый свищ, аденома удалена. Тампон в

простатическое ложе не ставился.

Гладкое послеоперационное течение. Мочеиспускание через канал поступало на 12-й день. Свищ закрылся к 18 дню после операции. Выписался из урологического отделения на 22-й день /14/III/ без остаточной мочи в пузыре.

3. Больной Б., 67 лет /ист.бол. № 2652/, доставлен в урологическое отделение 7/У-1952 г. в крайне тяжелом состоянии, с полной задержкой мочи на почве аденомы предстательной железы.

23/IV-1952 г. после употребления браги полная задержка мочи наступила внезапно. С 23/IV по 6/У лечился катетеризацией /в районной больнице/. Состояние больного заметно ухудилось. 6/У ввиду гнойного уретрита катетеризация была невозможной. Моча выпускалась капиллярным проколом пузыря.

При поступлении в урологическое отделение состояние больного крайне тяжелое. Обезвоживание организма. Кожа сухая. Губы потрескавшиеся, язык сухой, обложен. Пульс 90 ударов в I минуту, ритмичный, слабого наполнения. Артериальное кровяное давление 160/90 мм ртутного столба. Тоны сердца глухие, в легких сухие хрипы, перкуторно-коробочный звук. Живот мягкий, безболезненный. Мочевой пузырь достигает пупка. Из уретры выделяется мутная моча произвольно. Металлическим катетером выведено до 1500 мл гнойной мочи. Предстательная железа увеличена, размером, примерно, с куриное яйцо, равномерная, с гладкой поверхностью, эластической консистенции, безболезненная.

Анализ крови: Нв 78%, эритроциты 4700000, РОЭ 48 мм в час. Лейкоциты 8700, формула в норме.

Остаточный азот крови 100 мг%.

Анализ мочи: мутная, кислой реакции, удельный вес 1009; лейкоциты - 5-6 в поле зрения; эритроциты покрывают все поле зрения.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы. III ст. Парадоксальная ишурия. Уремия.

С 7/У назначен пенициллин, глюкоза внутривенно, сердечные средства.

8/У-1952 г. под местной анестезией произведена операция эпицистостомии. Развилась двухсторонняя пневмония. 10/У больной скончался.

Данные аутопсии. Состояние после операции I этапа. Аденома предстательной железы. Дифтеритический цистит. Восходящий двухсторонний пиелит. Уремия. Двухсторонняя сливная пневмония.

4. Больной Ш., 65 лет /ист.бол. № 4088/, доставлен в урологическое отделение 3/Х-1952 г. в тяжелом состоянии с полной задержкой мочи на почве аденомы предстательной железы. После употребления браги 4 дня тому назад внезапно наступила полная задержка мочи. До этого расстройств мочеиспускания не было. В районной больнице применялась катетеризация, но болезнь прогрессировала, состояние больного с каждым днем ухудшалось.

Объективные данные. Состояние больного тяжелое. Сознание ясное, пассивен. Язык сухой, обложен. Жажда. Пульс 86 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное кровяное давление 175/90 мм ртутного столба. Тоны сердца приглушены, в легких единичные сухие хрипы, перкуторно-коробочный звук. Живот мягкий, болезнен над лобком. Мочевой пузырь виден на глаз и достигает пупка. Из канала выделяется моча по каплям. Катетером выведено до 800 мл. мутной мочи. Предстательная железа увеличена, задний полюс ее едва достигается пальцем, равномерная, гладкая, эластической консистенции, безболезненная.

Анализ крови: Нв 80%, РОЭ 15 мм в час; лейкоцитоз 16300, эозинофилом 0, палочковых 8, сегментоядерных 79, лимфоцитов 10.

Остаточный азот крови 43 мг %.

Анализ мочи: мутная, удельный вес 1024, кислой реакции, лейкоциты 40 в поле зрения; цилиндры в огромном количестве в поле зрения.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III стадии. Парадоксальная ишурия. Гипертоническая болезнь.

С 3/Х по 7/Х больному проводилось следующее лечение: регулярная катетеризация и промывание мочевого пузыря, пенициллин, глюкоза внутривенно, сердечные средства. Несмотря на это лечение состояние больного заметно ухудшилось.

7/Х-1952 г. под местной анестезией произведена операция эпицистостомии.

13/Х инсульт-кровоизлияние в мозг, развилась левосторонняя гемиплегия.

20/Х-1952 г. больной скончался.

Данные аутопсии: состояние после операции наложения надлобкового мочепузырного свища. Аденома простаты. Кровоизлияние в мозг. Дистрофия внутренних органов.

5. Больной К., 65 лет /ист.бол. № 304/ поступил в урологическое отделение 16/І-1953 г. с жалобами на полную задержку мочи, гнойные выделения из мочевого канала и боли в половом органе.

После употребления браги внезапно наступила полная задержка мочи сутки тому назад /15/І/. Раньше дизурические явления не наблюдались. В районной больнице мочу

выводили катетером. От этого улучшения не наступило, состояние больного резко ухудшилось, сопровождаясь довольно сильными болями в мочевом пузыре, половом органе, выделением гноя из канала.

Объективно. Состояние больного тяжелое, сознание ясное, возбужден. Жажда. Язык суховат, не обложен. Кожные покровы без особенностей. Пульс 82 удара в минуту, ритмичен, удовлетворительный. Артериальное кровяное давление 150/90 мм ртутного столба. Тоны сердца чистые. В легких — без особенностей. Живот обычной формы, болезнен в нижней половине. Мочевой пузырь пальпируется над пупком. Почки не пальпируются, область их безболезненная. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Из канала каплями выделяется серозно-гнойная жидкость, губки наружного отверстия уретры отечны, гиперемизованы. Катетером выведено 800 мл. мочи. Предстательная железа увеличена, центральная бороздка ее сглажена, гладкая, эластической консистенции, безболезненная.

Рентгеноскопия грудной клетки: легкие эмфизематозно-расширены; сердце — все отделы его умеренно расширены, аорта уплотнена.

Анализ крови: Нв 70%, эритроциты 4300000; РОЭ 15 мм в час, лейкоциты 5800, формула: эозины 5%, остальное норма.

Остаточный азот крови 45 мг %.

Анализ мочи: прозрачная, кислой реакции; проба Зимницкого хорошая; суточный диурез 810 мл, колебания удельного веса 1015-1019-1027.

Бактериоскопия мочи: обнаружен стрептококк.

С 16/I по 20/I применялось лечение: пенициллинотерапия, сердечные средства, глюкоза, внутривенно, регулярная катетеризация. После безуспешного консервативного лечения /состояние прогрессивно ухудшалось/ 20/I-1953 г. под местной анестезией произведена цистостомия. Послеоперационное течение без осложнений.

6/II-1953 г. под спинно-мозговой анестезией произведена операция аденомэктомии. Кровотечение ничтожное. Простатическое ложе тампонировано.

На 13-й день стал мочиться по каналу; на 17-й день закрылся надлобковый свищ. Выписан из урологического отделения на 22-й день /28/II/ с прозрачной мочей.

Удаленная аденома состоит из двух узлов железистой консистенции. Вес 41 гр. Микроскопически: железистокистозная форма аденомы предстательной железы.

6. Больной К., 70 лет /ист.бол.26I/, поступил в урологическое отделение 15/I-1953 года с диагнозом "Гипертрофия предстательной железы. Задержка мочи". Жалобы на полную задержку мочи, наступившую внезапно I/I-1953 года после употребления пива; боли внизу живота, половом органе, жажду, сухость во рту, тошноту. В район-

ной больнице лечился катетеризацией, от которой мочеиспускание не восстановилось.

Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Пульс 86 ударов в I минуту. Язык суховат, не обложен. Живот мягкий, болезненный в нижнем отделе. Мочевой пузырь растянут мочей и достигает пупка. Из уретры выделяется гной. Предстательная железа увеличена /примерно с куриное яйцо/, равномерная, плотноватой консистенции, болезненная.

Анализ крови: Нв 80%, эритроциты 5060000; РОЭ 26 мм в час. Лейкоциты 16600, эозинофилы 2, остальное - норма.

Остаточный азот крови 39-32 мг %.

Анализ мочи: цвет мясных помоев, мутная, кислой реакции, удельный вес 1016; белок - 0,33%, эритроциты покрывают сплошь поле зрения.

Бактериоскопия мочи: обнаружены кишечная палочка в большом количестве и стафилококк изредка в поле зрения.

Рентгеноскопически - возрастные изменения со стороны органов грудной клетки.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Почная задержка мочи. Гнойный уретрит.

15/I-1953 года под местной анестезией произведена эпизиотомия.

16/II-1953 года под спинно-мозговой анестезией - аденомэктомия. Резекция семявыносящих протоков. Тампон в ложе. Послеоперационное течение без осложнений.

Удаленная аденома округлой формы с гладкой поверхностью, железистой консистенции. Вес 34 грамма. Микроскопически - железисто-кистозная форма аденомы предстательной железы.

Выписан из урологического отделения 3/III-1953 г., мочится по каналу, ночью до двух раз, днем через 4-6 часов.

7. Больной П., 78 лет /ист.бол. № 612/, доставлен в урологическое отделение 31/I-1953 г. в крайне тяжелом состоянии, с полной задержкой мочи на почве аденомы предстательной железы, наступившей внезапно среди полного здоровья. Задержка мочи наступила после появления довольно острой боли в животе 5 дней тому назад. В районной больнице ^{мочи} выводили катетером, но не получив облегчения от катетеризации, больной был направлен в урологическое отделение. Раньше дизурические расстройства отсутствовали.

Объективно. Состояние больного тяжелое, возбужден, от болей в животе. Пульс 95 ударов в I минуту, ритмичен, удовлетворительный. Артериальное кровяное давление 165/95 мм ртутного столба. Тоны сердца глухие, в легких сухие хрипы. Рентгеноскопия - пневмосклероз, эмфизема легких, аортокардиосклероз. Живот мягкий, болезненный в

нижнем отделе. Над лоном пальпируется переполненный ~~от~~ мочевой пузырь. Из наружного отверстия уретры выделяется серозно-гнойная жидкость. После отмывания уретры катетером выведено до 800 мл гнойной мочи. Предстательная железа увеличена, эластической консистенции, болезненная.

Анализ крови: Нв 79%, эритроциты 5100000; РОЭ 43 мм в час; лейкоциты 8700, эозинофилов 6%.

Остаточный азот крови 33 мг %.

Анализ мочи: мутная, кислой реакции, удельный вес 1007-1009; белок - 0,33%, лейкоциты покрывают все поле зрения.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Гнойный уретрит. Уросепсис.

С 31/I по 3/II-1953 г. применялось лечение: пенициллинотерапия, глюкоза внутривенно, сердечные средства, постоянный катетер, промывание мочевого пузыря. Состояние больного заметно ухудшилось. Это послужило показанием к наложению надлобкового мочевого свища. Послеоперационное течение тяжелое: клиника уросепсиса, в крови анизо-пойкилоцитоз.

На 15-й день в мошонке образовался абсцесс, который был вскрыт, рана дренирована. В послеоперационном периоде дважды перелита кровь, применялся пенициллин, сердечные средства. К 54 дню больной выздоровел. Выписан в удовлетворительном состоянии 29/II с постоянным надлобковым свищем. II этап операции противопоказан из-за выраженных органических изменений со стороны органов грудной клетки/.

Приведенные наблюдения показывают, что полная задержка мочи наступала внезапно в подавляющем большинстве случаев после употребления алкоголя. Клиническое течение болезни было бурное, консервативное лечение всякий раз оказывалось безуспешным, мочеиспускание не восстанавливалось. Всем этим больным был наложен надлобковый свищ. Из этой группы больных 7 умерло от причин, связанных с полной задержкой мочи /уремия, уросепсис, истощение и пр./.

Эти данные свидетельствуют о том, что в результате влияния на организм некоторых факторов внешней и внутренней среды на известном этапе развития болезни клиническое течение ее может принять различный характер. Там, где аденома ничем себя не проявляла, может произойти бурная

реакция, болезнь принимает тяжелую форму течения. Это зависит от общего состояния больного и реактивности организма.

Наряду с клиническими наблюдениями примером могут служить также и экспериментальные работы некоторых авторов /Б.В.Ключарев, А.А.Айвазян и др./.

Так, Б.В.Ключарев наблюдал в поздние периоды опыта /4-6 мес./ под влиянием полианола и синэстрола у мышей, морских свинок увеличение объема предстательной железы за счет разрастания периуретральных желез, что приводило к резкому растяжению мочевого пузыря и задержанию мочи; 61,4% животных погибали от причин, связанных с задержкой мочи. Растяжение мочевого пузыря водой у собак приводит к острой задержке мочи, патогенетически аналогичной с острой задержкой мочи при аденоме предстательной железы у человека /А.Айвазян/.

б/ Ж а л о б ы

Большинство наших больных жаловались при поступлении в урологическое отделение на полную задержку мочи. Все они госпитализировались в порядке неотложной помощи.

По характеру жалоб больные распределяются следующим образом:

Таблица 22

Характер жалоб	Всего больных	Из них по стадиям болезни		
		I	II	III
Дизурические расстройства /в том числе неполная за- держка мочи/	29	8	21	-
Острая задержка мочи /В том числе парадоксаль- ная ишурия/	142	-	-	142
Надлобковый мочепузырный свищ	55	-	-	55
	226	8	21	197

Из этой таблицы видно, что основные жалобы у наших больных сводились к расстройствам акта мочеиспускания. Из 29 у 21 человека, наряду с дизурическими явлениями, была неполная задержка мочи, причем количество остаточной мочи составляло 60 – 200 мл. У 142 больных жалобы были на полную задержку мочи; однако, наряду с этим 36 человек жаловались на "недержание мочи". Клинически у всех этих больных была установлена парадоксальная ишурия.

Интересен тот факт, что среди 36 больных с парадоксальной ишурией общее состояние их мало чем страдало, боли в мочевом пузыре отсутствовали. Они считали себя вполне здоровыми и не всегда соглашались на операцию. Это объясняется тем, что, наряду с потерей сократительной способности уменьшается чувствительность мочевого пузыря, боли исчезают, это принимается больными за улучшение их здоровья. Однако у таких больных отмечаются наибольшие деструктивные изменения со стороны всей мочевой сферы.

Это требует принятия решительных мер, т.е. необходима разгрузка мочевого пузыря путем наложения надлобкового моче-пузырного свища. Катетеризация и постоянный катетер в этих случаях не дают эффекта, а временный покой, предоставленный мочевому пузырю этими мероприятиями, является недостаточным.

Часто после катетеризации и постоянного катетера развивается гнойный уретрит. Нередко резиновый катетер провести в пузырь не удается, а при катетеризации металлическим катетером не исключена возможность вызвать ложный ход, что сопровождается гематурией, состояние больных заметно ухудшается вследствие инфицирования мочевых путей.

Наряду с основными жалобами, у наших больных были отмечены и другие жалобы, как-то: на кровавую мочу, головные боли, жажду, запоры и пр. Частота этих жалоб представлена в таблице 23.

Таблица 23

Характер жалоб	Стадии болезни			Всего случаев
	I	II	III	
Гематурия	-	I	28	29
/В т.ч. ложный ход/	-		/16/	/16/
Жажда /из числа с задержкой мочи/	-	II	126	137
Головные боли	I	3	107	III
Запоры	-	6	149	155
Плохо функционирующий мочевой свищ /из числа 55 больных/ ..	-	-	3	3

Кроме этого, из 142 больных, поступивших с острой задержкой мочи, 17 человек поступило с явлениями уросепсиса, уремии и 27 - с острым гнойным уретритом.

4. Данные объективного исследования

Основным симптомом аденомы предстательной железы считается задержка мочи. Поэтому оказание медицинской помощи больному начинается с опорожнения мочевого пузыря. Количество остаточной мочи у этих больных колеблется в широких пределах и зависит от степени атонии мочевого пузыря.

Колебания количества остаточной мочи в зависимости от стадии болезни у больных, поступивших в наше отделение, представлено в таблице 24.

Таблица 24

Количество остаточной мочи в мл.	Стадии болезни			Всего больных	%
	I	II	III		
Не было	9	—	—	—	—
До 100	—	10	—	10	9,6
От 100 до 200	—	3	—	3	2,9
От 200 до 300	—	—	9	9	8,6
От 300 до 500	—	—	17	17	16,5
От 500 до 1000	—	—	32	32	30,75
От 1000 до 1500	—	—	18	18	17,3
От 1500 до 2000	—	—	11	11	10,52
До 3-х литров	—	—	4	4	3,83
Итого		13	91	104	100
Сведений нет		8	51	59	—

Из таблицы видно, что количество остаточной мочи колеблется в широких пределах: от 100 мл до 3-х литров /104 чел./. Чаще всего она наблюдается в пределах 300-1500 мл. Состояние больного стоит в прямой зависимости от степени атонии мочевого пузыря и от количества остаточной

мочи в нем. Чем больше остаточной мочи, тем выше внутрипузырное давление и тем значительнее выражены анатомические и функциональные изменения в верхних мочевых путях. В результате этого иногда развиваются гидроуретер, пиелозектазия, гидронефроз, а при инфицировании мочевых путей болезнь заканчивается образованием пионефроза.

Приведем пример.

История болезни № 3538. Больной Ч., 72 лет, доставлен в урологическое отделение 16/X-1952 г. в крайне тяжелом состоянии с полной задержкой мочи на почве аденомы предстательной железы, с явлениями уросепсиса, уремии и парадоксальной ишурии.

Расстройства мочеиспускания в течение двух лет. Весной 1952 года лечился инъекциями 2% синэстрола по 60 мг в сутки. Получил последнего 1800 м., мочеиспускание улучшилось, но носило временный характер. Последние 6 месяцев моча выделялась из канала по каплям.

Состояние больного крайне тяжелое, резкое истощение. Сознание спутанное. Язык сухой, обложен, губы потрескавшиеся. Пульс 92 удара в I минуту, ритмичен, но слабый. Артериальное кровяное давление 110/70 мм ртутного столба. Тоны сердца глухие, в легких — сухие хрипы, перкуторно-коробочный звук. Живот втянут, болезненный, особенно в нижнем отделе. Мочевой пузырь пальпируется у пупка, при надавливании на него исследующей кистью из канала выделяется мутного цвета моча. Катетером выведено 1000 мл мочи.

Предстательная железа небольшая с гладкой поверхностью, плотной консистенции, болезненная.

Анализ крови: Нв 44%, РОЭ 74 мм в I час, лейкоцитов 9000; формула — сдвиг влево, эозинофилов 0. Остаточный азот, крови от 23/X — 127 мг%, от 25/X — 349 мг%.

Анализ мочи: гнойная, щелочной реакции, удельный вес 1002-1003; лейкоциты покрывают все поле зрения, эритроциты 5 в поле зрения.

Бактериоскопия мочи: обнаружен стафилококк.

С 16/X по 23/X применялось лечение пенициллином, 5% раствор глюкозы внутривенно капельным методом, сердечные средства, регулярная катетеризация, промывание мочевого пузыря раствором марганца 1:5000. От применяемого лечения состояние больного не улучшилось, оно прогрессивно ухудшалось. Развился гнойный уретрит, из-за этого дальнейшая катетеризация была невозможной.

23/X-1952 г. под местной анестезией произведена операция эпицистостомии. В послеоперационном периоде

состояние больного еще ухудшилось, стала более выраженная клиника уросепсиса и уремии. Сознание больного неясное, окружающих не узнает. 25/X больной скончался.

Данные аутопсии. Аденома предстательной железы, состояние после операции надлобкового свища. Пионефроз. Уросепсис. Уремия. Восходящий уриногенный нефрит. Септическая селезенка. Универсальный артериосклероз. Разлитой слипчивый перитонит. Дегенерация печени и миокарда.

Приведенный пример показывает, что дизурические расстройства у больного исчислялись двумя годами. Он лечился синэстролом, от которого было некоторое кратковременное улучшение. Парадоксальная ишурия продолжалась полгода, являясь, безусловно, результатом полной атонии мочевого пузыря. Длительно действующее повышенное внутрипузырное давление у больного привело к растяжению верхних мочевых путей, осложнившееся инфицированием их, а последнее привело к образованию пионефроза и других смертельных осложнений.

а/ Давность задержки мочи

Большое значение имеет давность полной хронической задержки мочи, от которой зависят степень нарушения динамики мочевого пузыря, а следовательно, и верхних мочевых путей.

Давность задержки мочи у наших больных представлена таблицей 25.

Таблица 25

Давность задержки мочи	До 5 дней	До 10 дней	До 30 и больше дней	Всего больных	Сведений нет
Количество больных	66	72	17	155	8
Процент	42,58	46,45	10,97	100	-
	89,03				

Таблица 25 показывает, что из 163 больных поступивших в урологическое отделение с задержкой мочи, давность ее отмечена у 155 человек. У большинства больных /89,09%/ она наблюдалась от 5 до 10 дней и только у 10,97% больных задержка мочи продолжалась до 30 и больше дней.

Среди наших больных тяжесть течения болезни стояла в прямой зависимости от давности задержки мочи и степени инфицирования мочевых путей. У 46 больных полная задержка мочи наступила внезапно, давность которой исчислялась двумя- семью днями. Все они поступали в урологическое отделение в тяжелом состоянии и течение болезни было бурное.

Всех больных, поступающих с острой задержкой мочи, лечение начиналось методом регулярной катетеризации или применением постоянного катетера.

Анализ нашего материала показывает, что степень нарушения функции мочевого пузыря наблюдалась у подавляющего большинства больных, мочеиспускание восстановилось полностью от катетеризации и постоянного катетера лишь у 3-х человек и частично - у 24. Это иллюстрируется таблицей 26.

Таблица 26

Состояние мочевого пузыря и характер мочеиспускания	Стадии болезни			Всего больных
	I	II	III	
Атония пузыря полная	-	2	134	136
Атония пузыря частичная.....	-	19	-	19
Мочеиспускание восстановилось:				
а/ полностью	-	3	-	3
б/ частично	-	16	8	24
Мочеиспускание не восстановилось совсем	-	2	126	128

Из этой таблицы видно, что полная атония мочевого пузыря наблюдалась у 136 больных; у 2 из них болезнь находилась во II стадии, у 134 - в III стадии. Необходимо отметить, что даже тем 2 больным, при II стадии после регулярной катетеризации, инъекций синэстрола по 60 мг в сутки, общеукрепляющего лечения, проводившегося в течение четырех недель, мочеиспускание восстановить не удалось. Причем количество остаточной мочи у одного оставалось до 100 мл, у второго - до 125 мл. У 16 больных при II ст. мочеиспускание восстановилось частично и лишь у трех - полностью. При III стадии болезни в восьми случаях мочеиспускание восстановилось частично и не восстановилось у 126.

Кроме того, до поступления в урологическое отделение 97 больным проводилась катетеризация мочевого пузыря в районных больницах, а 7 больным применялся прокол пузыря. Однако мочеиспускание у них не восстанавливалось. Все они поступали к нам в состоянии полной задержки мочи с различными осложнениями: ложный ход, гематурия, инфекция мочевых путей и пр.

6/ Характер и состояние предстательной железы
при пальцевом исследовании ее через прямую
кишку

Одним из основных и общедоступных методов исследования предстательной железы является исследование ее через прямую кишку. Этим приемом удастся получить много ценных сведений о предстательной железе, позволяющих судить об относительном размере ее, характере, консистенции, а также болевых ощущениях и проч.

Этому методу исследования ведущие урологи нашей страны придают большое значение как в смысле общедоступности, так ^и важности роли его при диагностике заболеваний предстательной железы /Б.Н.Хольцов, В.М.Мыш, Л.И.Дунаевский и др./.

Так, Дунаевский указывает, что плотная консистенция предстательной железы соответствует фиброзномышечной форме аденомы ее, в то время как эластическая — соответствует железистой форме. По его же данным эластическая консистенция железы наблюдается в 62,7% случаях, упругая — в 11,8% и мягкая — 25,5%.

В практической деятельности с этим необходимо считаться, так как этот метод позволяет предвидеть те технические трудности, которые иногда наблюдаются при вылучении аденомы предстательной железы. Слишком плотная консистенция, бугристость боковых долей наводит на мысль о малигнизации предстательной железы.

Данные пальцевого приема исследования предстательной железы у наших больных представлены в таблицах 27, 28, 29.

Таблица 27

Характер предстательной железы	Всего случаев	Процент
Равномерная	170	79,43
Неравномерная	44	20,57
Сведений нет	12	—

Таблица 28

<u>Консистенция</u>		
Эластическая	172	90,53
Плотная	18	9,47
Не указана	36	—

Таблица 29

<u>Болевой симптом</u>		
Болезненная	64	29,76
Безболезненная	151	70,24
Не указано	11	—

Данные из таблиц свидетельствуют о том, что в большинстве случаев встречается равномерная форма предстательной железы. Она составила во всех трех стадиях болезни 170 случаев или 79,43%. При пальцевом приеме исследования предстательная железа представляется в виде равномерно увеличенных долей ее, центральная борозда при этом бывает сглажена, поверхность ее гладкая. Консистенция же ее в большинстве случаев была эластической или мягкой. В тех случаях, где мы находили неравномерную форму при пальцевом исследовании через прямую кишку, на операционном столе всякий раз мы убеждались в том, что одна доля была меньше другой. Неравномерный характер простаты встречался значительно реже и составил 20,57%.

Предстательные железы эластической консистенции отмечены нами у 172 человек, что составляет 90,53%; плотная консистенция железы встретилась в 9,47% случаях. Наши наблюдения соответствуют данным Дунаевского.

Необходимо указать на болезненность предстательной железы при пальцевом исследовании ее.

При обычной аденоме болевой симптом отсутствует, а при раке предстательной железы он является весьма характерным признаком. Однако в некоторых случаях болезненность предстательной железы наблюдается и при аденоме ее. Это относится к случаям осложненным воспалительным процессом.

Среди наших больных, как видно из таблицы 29, болезненная предстательная железа была отмечена у 64 человек /29,76%/. По данным Е.М.Семеняко /1928/, основанным на гистологическом исследовании ткани аденом предстательной железы, известно, что в 19,1% случаях были обнаружены

воспалительные явления в ней и в 10,9% — абсцессы, которые также сопровождались болевыми ощущениями. В тех случаях, когда предстательная железа была болезненной при пальцевом исследовании ее через прямую кишку, этим больным до поступления в урологическое отделение производилась катетеризация. Все они поступили с осложнениями /уретрит, гематурия, ложный ход, уросепсис/ и давностью задержания мочи до 30 дней. При задержке мочи часто инфицируются мочевые пути, а следовательно, инфицируется и предстательная железа. Травма при катетеризации и внесение в уретру инфекции дополняют одно другое, в ней нередко развивается воспалительный процесс, иногда с образованием абсцесса.

Относительно определения размеров предстательной железы при аденоме ее одни авторы /А.Б.Топчан и др./ указывают, что "железа увеличена в 4-5-6 раз", другие /И.Н.Шапиро и др./ сравнивают ее с куриным яйцом или с грецким орехом. Мы пользовались теми и другими определениями. Среди наших 226 больных у 8 мы наблюдали аденому предстательной железы миниатюрных размеров, что подтверждалось и на операционном столе. Вес их был от 2 до 7 граммов. Несмотря на то, что размер аденомы был небольшой, клиническое течение болезни ничем не отличалось от тех аденом предстательной железы, при которых они достигали больших размеров. По данным Л.И.Дунаевского /1935/, в 6% случаях предстательная железа определялась при пальпации неувеличенной, степень дизурических расстройств была одинаковой, что и при аденомах больших размеров. Еще Гюйон указывал, что никакого параллелизма между величиной аденомы и

степенью дизурических явлений не отмечается. Иногда при небольших аденомах наблюдаются гораздо большие клинические явления, чем при увеличенных, что имело место и у наших больных.

Как пример приводим некоторые наши наблюдения:

1. Больной К., 60 лет /ист.бол. № 3985/, поступил в урологическое отделение 29/УІ-1953 г. с диагнозом "Аденома предстательной железы, надлобковый свищ".

Анамнез. Никогда затрудненным мочеиспусканием не страдал. 2 мая 1953 года после употребления двух стаканов браги внезапно наступила полная задержка мочи. В течение месяца в районной больнице лечился катетеризацией, от которой мочеиспускание не восстановилось. В той же больнице 1/УІ-1953 года был наложен надлобковый свищ.

6/УШ-1953 г. под спинно-мозговой анестезией произведена операция аденомэктомии. Гладкое послеоперационное течение. Удаленная аденома состоит из 4 узлов, весом 7 граммов. Микроскопически - железистая форма аденомы, местами с папиллярными разрастаниями эпителия альвеолярных железок.

На 31-й день после операции выписан из стационара с нормальным мочеиспусканием, без остаточной мочи.

2. Больной К., 78 лет /ист.бол. № 3358/, доставлен в урологическое отделение 23/ІУ-1953 г. с диагнозом "острая задержка мочи".

Анамнез. Заболел внезапно 22/ІУ-1953 года - острая задержка мочи наступила после употребления браги. В участковой больнице катетеризирован дважды, мочеиспускание не восстановилось.

При объективном исследовании установлено следующее: состояние больного тяжелое, полная задержка мочи, мочевой пузырь достигает пупка. Из уретры выделяется гной. После отмывания уретры катетером выведено 770 мл мочи с примесью крови. Предстательная железа небольшая, плотной консистенции, гладкая, безболезненная. Артериальное кровяное давление 130/70 мм ртутного столба.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Гнойный уретрит, гематурия.

24/ІУ-1953 г. под местной анестезией произведена операция эпизиостомии и двухсторонняя вазорезекция.

30/УІ-1953 г. под спинно-мозговой анестезией произведена операция аденомэктомии. Послеоперационное течение без осложнений.

Удаленная аденома состоит из двух долей, узловатая,

плотной консистенции. Вес 14 граммов. Микроскопически - железисто-кистозная форма аденомы предстательной железы.

Выписан из урологического отделения с нормальным мочеиспусканием, без остаточной мочи.

З. Больной К., 66 лет /ист.бол. № 138/, поступил в урологическое отделение 12/IX-1952 года с острой задержкой мочи, парадоксальной ишурией на почве аденомы предстательной железы.

Анамнез. Затрудненное мочеиспускание в течение четырех лет. Лечился инъекциями 2% раствора синэстрола, от которого наступало лишь временное улучшение. 27/УШ-1952г. наступила полная задержка мочи после употребления водки.

В районной больнице больному проводилась катетеризация мочевого пузыря; мочеиспускание не восстановилось.

12/IX по 2/X-1952 года в клинике больному было проведено консервативное лечение: катетеризация чередовалась постоянным катетером, применялись антибиотики, синэстрол. Мочеиспускание восстановить не удалось.

2/X-1952 г. под местной анестезией произведена эпипицистомия, а 13/I-1953 года - аденомэктомия и резекция семявыносящих канатиков.

Удаленная аденома узловатая, размером 6х8х4 см. Вес 104 грамма. Микроскопически: железистая форма аденомы предстательной железы.

Мочится по каналу свободно, выписан без остаточной мочи в пузыре.

Из приведенных выше историй болезни видно, что тяжесть и интенсивность клинического течения болезни не зависят от степени увеличения размеров аденомы предстательной железы. Поэтому для определения состояния больного необходимо исходить из принципа индивидуального подхода в каждом конкретном случае с учетом внешнего раздражителя и реактивности самого организма.

5. Лабораторные данные

а/ Характер мочи у больных с полной задержкой мочеиспускания

При аденоме предстательной железы нередко наблюдается инфицирование мочевых путей.

Как правило, патогенные микробы содержатся в уретре,

которые затем проникают в мочевой пузырь восходящим путем. Этому способствует катетеризация пузыря у больных с задержкой мочи, так как из анамнеза наших больных известно, что до поступления в урологический стационар им с целью устранения задержки мочи применялась многократно катетеризация. 97 нашим больным еще в районных и участковых больницах проводилась катетеризация. Эти больные поступали в урологическое отделение с резко растянутым пузырем, с острым уретритом, нередко с наличием ложного хода уретры, гематурией, при общем тяжелом состоянии, а некоторые из них находились в состоянии уросепсиса.

И.Н.Шапиро указывает, что среди его больных инфицированная моча была в 80% случаях, у А.Г.Радзиевского - 75%, у А.С.Портного - 86,8% больных имели инфицированную мочу, а по данным И.Г.Вольпяна - 92%.

Ряд авторов /Б.Н.Хольцов, Л.И.Дунаевский, Я.З.Пикус и др./ указывает на высокую чувствительность и малую сопротивляемость к инфекции в случаях острой задержки мочи у больных, до того не катетеризированных. Неблагоприятно сказывается катетеризация на больных с острой формой течения болезни. В этих случаях Я.З.Пикус считает катетеризацию совершенно противопоказанной. Лучшим методом он считает для этих больных применение капиллярного прокола мочевого пузыря с целью опорожнения его и облегчения страданий больного с тем, чтобы потом наложить надлобковый моче-пузырный свищ.

При бактериоскопическом исследовании в моче наших больных наблюдались различные виды бактерий.

Эти данные представлены в таблице 30.

Таблица 30

Вид микроба	Колич. случаев
Стафилококк	26
Стрептококк	21
Диплококк	2
Стрепто-стафилококк	4
Кишечная палочка	7
Флора не обнаружена	2
	62

Из 163 больных, поступивших в урологическое отделение с задержкой мочи, у 62 человек моча подвергалась бактериоскопическому анализу. Причем из прилагаемой таблицы видно, что чаще всего в моче обнаруживался стафилококк и стрептококк; флора другого вида наблюдалась значительно реже. У двух больных моча оказалась стерильной.

У больных /55 чел./, которые поступали в урологическое отделение с надлобковым свищем, бактериоскопически всегда обнаруживался стрептококк и стафилококк.

Однако, мы не могли заметить какой-либо разницы в тяжести клинического течения аденомы предстательной железы у больных с наличием в моче микрофлоры по сравнению с больными, имевшими стерильную мочу. Некоторые авторы полагают, что из инфицированной мочи микробы могут попадать в почки гематогенным и лимфогенным путем. Это подтверждается секционным материалом, на котором часто обнаруживается гнойничковый нефрит, в то время как мочеточники и почечные лоханки остаются интактными. По данным Л.И. Дунаевского на 125 больных с аденомой предстательной железы гнойничковый

нефрит наблюдался в 16,4% случаев, а пиелиты, по его мнению, встречаются редко.

Некоторые авторы /Б.Н.Хольцов, Р.М.Фронштейн, А.А.Чайка, Л.И.Дунаевский, А.М.Берман и др./ полагают, что микроорганизмы могут проникать в верхние мочевые пути, кроме лимфогенного и гематогенного пути, восходящим путем. Это относится к тем случаям, когда наступают грубые анатомические изменения пузырного треугольника. Он является своего рода барьером, а при таких изменениях теряет свою роль. Устья мочеточников подвергаются тем же анатомическим изменениям, что и треугольник. Они зияют в результате все возрастающего внутрипузырного давления, инфицированная моча тогда забрасывается в мочеточники /рефлюкс/. При этих условиях микробы проникают в верхние мочевые пути, что приводит нередко к развитию уросепсиса.

Цвет и реакция мочи у наших больных в зависимости от стадии болезни представлены таблицей 31.

Таблица 31

	Характер мочи	Стадии болезни			Всего случаев	Процент
		I	II	III		
Цвет	Прозрачная	8	4	19	31	18,56
	Мутная	-	16	83	99	59,28
	Мясных помоев...	-	1	36	37	22,16
	Сведений нет....	-	-	4	4	-
Реакция	Кислая	8	17	81	106	67,09
	Щелочная	-	4	48	54	32,91
	Сведений нет....	-	-	13	13	-

Цвет мочи колеблется в широких пределах. Из 170 больных, поступивших с дизурическими расстройствами, у 31 че-

ловека была прозрачная моча /18,56%/; у 99 человек /59,28%/ она была мутной; у 37 человек /22,16%/ -цвета мясных помоев.

Кроме того, все больные, поступившие в урологическое отделение с надлобковым свищем, всегда имели мутную мочу.

Кислая реакция мочи наблюдалась у 106 человек /67,09%/ , щелочная - у 52 человек /31,91%/.

Таким образом, мы видим, что прозрачного цвета моча встречается у больных независимо от стадии болезни. Однако в подавляющем большинстве случаев /59,28%/ она бывает мутной. Цвет мочи мясных помоев отмечен лабораторно у 37 больных, в то время как видимая на глаз гемутария наблюдалась нами у 29 из 37 человек.

Из наших данных мы видим, что цвет мочи в клинике аденомы предстательной железы особой роли не играет. Он зависит от целого ряда условий, как-то: степени инфицирования мочевых путей, гематурии, концентрационной способности почек /от удельного веса/, наличия пигментов в ней и проч.

Реакция мочи также зависит от целого ряда условий: от брожения мочи вследствие катарра мочевого пузыря, от септической фосфатурии, часто сопутствующих аденому предстательной железы.

Среди больных, поступивших в клинику с надлобковыми свищами, в 74,54% случаев была щелочной реакции моча, указывающая на септическую фосфатурию, которая является следствием инфицирования мочи через резиновый дренаж. При щелочной реакции мочи обнаруживались соли, фосфаты и трипельфаты. Они наблюдались у 63 больных с острой за-

держкой мочи и у 4I больного, поступивших с надлобковым свищем.

Белок в моче особого значения в клинике аденомы предстательной железы хотя и не имеет, однако мы считаем необходимым остановиться на этом вопросе, ибо ему мало уделялось внимания.

Количественное содержание белка в моче представляется таблицей 32.

Таблица 32

Содержание в моче белка в промилях	Стадии болезни			Всего слу- чаев
	I	II	III	
Следы	5	8	—	13
До 0,16	3	10	14	27
До 0,33	I	I	30	32
До 0,6	—	—	47	47
До I	—	2	40	42
От 3-16	—	I	52	53
				214

Как видно, у наших больных содержание белка в моче определялось до 0,16% — у 27, до 0,6% — у 47, до 1,0% — у 42 и у 53 человек белок доходил до 3% — 16%.

Появление большого количества белка в моче может зависеть от расстройств кровообращения в пузыре, гематурии и инфицирования пузыря. Поэтому мы считаем, что при аденоме предстательной железы белок в моче в подавляющем большинстве случаев является экстраренальным, что подтверждается нашими наблюдениями: у 37 больных, у которых была гематурия, белок в моче доходил до 12-16% и исчезал совер-

шенно после наложения надлобкового мочепузырного свища.

Однако в некоторых случаях наличие белка в моче может иметь место как следствие пиелонефрита и нефроза.

Наличие эритроцитов в моче зависит также от расстрой-
ства кровообращения в мочевом пузыре, главным образом в
шейке его. Всевозрастающее затруднение при мочеиспускании
приводит к постоянному натуживанию в каждом случае опорож-
нения мочевого пузыря, что ведет к еще большим застойным
явлениям, набуханию и разрывам кровеносных сосудов. Чем
значительнее эти застойные явления в пузыре, тем интенсив-
нее бывает гематурия. Она бывает или микроскопической, или
макроскопической. Эти данные представлены таблицей 33.

Таблица 33

Количество эритроцитов в I поле зрения	Стадии болезни			Всего случаев	о/о %
	I	II	III		
0-I	6	2	-	8	6,6I
5-I5	I	I3	I8	32	-
I6-30	I	3	I9	23	7I,23
3I-50	-	I	37	38	-
Сплошь покрывают п/зрения /в т.ч. макроскопическая гематурия/	-	2	6I	63	22,I6
				/37/	/I7,37/
	8	2I	I35	I64	
Сведений нет	-	-	7	7	

Следует отметить, что из 63 больных, у которых эритро-
циты в моче сплошь покрывали поле зрения, у 29 человек
наблюдалась макроскопическая гематурия, что составляет
I7,37% и у 8 человек моча имела цвет мясных помоев, т.е.
она окрашивалась кровью уже после катетеризации пузыря в

период лечения больных в урологическом отделении. У 26 человек из 63 наблюдалась микрогематурия. Если к этому прибавить остальные случаи, составляющие подавляющее большинство /93 больных, у которых обнаруживались эритроциты в моче/, микрогематурия составляет 71,25%.

Таким образом, на 164 случая аденомы предстательной железы при всех трех стадиях ее макроскопическая гематурия составила 22,16% /по данным лабораторных анализов/, микро-скопическая же составила 71,25%.

По данным Л.И.Дунаевского, из 138 больных с аденомой предстательной железы гематурия /макроскопическая и микро-скопическая/ была обнаружена в 26% случаев, в то время как у Е.Ф.Златмана макроскопическая гематурия наблюдалась в 31,2%, а микро-скопическая в 68,8% случаев.

На синдроме гематурии мы останавливаемся не случайно, ибо наряду с аденомой предстательной железы может наблюдаться опухоль мочевого пузыря /наблюдение Л.И.Дунаевского/.

Нам пришлось наблюдать профузную гематурию у больного с аденомой предстательной железы ворсинчатого строения.

Приводим краткую выписку из истории болезни:

Больной С., 58 лет /ист.бол.№ 3157/, поступил в урологическое отделение 12/VI-1953 г. с диагнозом: "Опухоль мочевого пузыря". Жалобы больного сводились к тому, что периодически бывает то кровь, то гной в моче, частые и затрудненные мочеиспускания. В анамнезе - 2,5 года учащенное и затрудненное мочеиспускание. В течение этого времени 4 раза была сильно выраженная гематурия, при мочеиспускании сопровождалась интенсивной болью в стволе полового органа. Дважды наступала полная задержка мочи, после катетеризации мочеиспускание восстанавливалось. Общее состояние больного вполне удовлетворительное. Рентгенологически со стороны органов грудной клетки отмечены возрастные изменения. Страдает запорами. Лечился

инъекциями 2% раствора синэстрола, от которого наступало незначительное уменьшение симптомов.

При поступлении в урологическое отделение было отмечено: мочится с резкими болями, затрудненно и очень часто. Моча интенсивно окрашена кровью. Остаточной мочи оказалось 75 мл с примесью гноя.

Предстательная железа больших размеров, с гладкой поверхностью, эластической консистенции, безболезненная.

Цистоскопия. Пузырь отмылся легко, емкость 250 мл. Треугольник Льево резко приподнят, из которого исходит больших размеров "опухоль" грубо ворсинчатого строения, переходящая в шейку пузыря и легко кровоточащая. Другие отделы пузыря без изменений. Промывная жидкость скоро окрасилась кровью.

Анализ крови: Нв 69%, эритроциты 4150000, РОЭ 2-7 мм в час; лейкоциты - 4000, эозинофилы -2, остальное - норма.

Анализ мочи: гнойная, щелочной реакции, удельный вес 1016, белок -0,033%, эритроциты выщелоченные 1-2 в поле зрения. Трипельфосфаты в большом количестве.

Диагноз клинический. Аденома предстательной железы II ст. ворсинчатого строения.

С 12/VI по 30/VI проводилось консервативное лечение, как-то: кровоостанавливающие средства, промывание мочевого пузыря и т.д. От применяемого лечения улучшения не наступало и периодически моча была то прозрачной, то становилась гнойной. Катетеризация всегда вызывала гематурию. От оперативного лечения больной отказывался.

30 июня в 8 час. вечера у больного наступила острая задержка мочи. Дежурный врач-уролог катетером выпустил до 50 мл свежей крови. Боли нарастали и приняли к 10 часам вечера невыносимый характер. Над лобком пальпировался мочевой пузырь в виде огромных размеров опухоли. Больной срочно взят на операционный стол. Под местной анестезией произведено высокое сечение пузыря. При ревизии оказалось, что мочевой пузырь резко растянут сгустками крови, после удаления их удалось видеть аденому простаты, выступающую в полость пузыря в виде третьей доли, ворсинчатого строения, отечной и кровоточащей. Пузырь дренирован. В послеоперационном периоде кровавая моча была в течение недели.

9/VI-1953 года под спинно-мозговой анестезией произведена аденомэктомия. Значительное кровотечение из простатического ложа. В ложе оставлена полоса марли с гемостатической губкой. Через 2 часа после операции наступило профузное кровотечение. Перелито 200 мл I/0 группы крови. Кровотечение продолжалось, но стало менее интенсивным. На вторые и третьи сутки было перелито по 200 мл крови. Кровотечение остановилось.

Удаленная аденома состояла из трех долей, ворсинчатого строения, мягкая, весом 124 грамма. Микроскопически: железисто-кистозная форма аденомы предстательной

железы с пролиферацией эпителия.

В послеоперационном периоде на 31 день /10/УШ/ развился правосторонний эпидидимо-орхит /резекция семявыносящих протоков не производилась/. После новокаинизации семенных канатиков воспалительный процесс скоро ликвидировался. Выписан домой с нормальным мочеиспусканием без остаточной мочи.

Приведенный пример свидетельствует о том, что гематурия, как осложнение аденомы предстательной железы, является довольно грозным осложнением и требующим иногда принятия решительных мер для спасения жизни больного.

Причиной гематурии при аденоме предстательной железы является легко ранимая густая сеть кровеносных сосудов в области шейки пузыря.

По мере увеличения аденомы предстательной железы наступает расстройство кровообращения в органах малого таза, в частности в шейке мочевого пузыря. Это ведет к варикозному расширению кровеносных сосудов, преимущественно вен, что в свою очередь сопровождается нарушением функции отекающих областей мочевой сферы. Последние способствуют еще большему отеку тканей и расширению кровеносных сосудов, легко ранимых во время затрудненного акта мочеиспускания или при катетеризации, на что указывают А.П.Фрумкин, Е.В.Златман, Л.И.Дунаевский и др.

б/ Удельный вес мочи

Большое значение при аденоме предстательной железы имеет удельный вес мочи. Он является более точным показателем функциональной способности почек, чем цвет мочи, наличие эритроцитов, лейкоцитов и пр. Здоровые почки обладают способностью не только выводить воду в значительном количестве, но и концентрировать растворенные вещества.

Колебания удельного веса мочи значительно варьируют и зависят от целого ряда условий, как-то: количества вводимой в организм воды, количества жидкости, введенной другими путями помимо почек, состояния кровообращения, обмена между тканями и кровью. У больных аденомой предстательной железы часто наблюдается понижение удельного веса. При клинически выраженной аденоме предстательной железы наступает полиурия, которая является постоянным осложнением во II и III стадиях болезни. В I стадии наблюдается олигурия при высоком удельном весе мочи /Л.И.Дунаевский/. Однако Б.И.Хольцов полагает, что полиурия наблюдается во всех стадиях болезни, но чаще она выражена при второй и третьей стадиях.

Большинство авторов /Б.И.Хольцов, А.А.Чайка, Л.И.Дунаевский, Гюйон и др./ полагает, что полиурия является следствием гиперемии почек, рефлексорно вызываемой растяжением стенок мочевого пузыря под влиянием всенарастающего внутрипузырного давления. На рефлексорную связь полиурии указывал еще М.А.Васильев /1903/. Это подтверждается тем, что после устранения задержки мочи /надлобковый свищ или постоянный катетер/ полиурия исчезает /А.А.Чайка/.

Под влиянием все нарастающего внутрипузырного давления в той или иной степени развиваются дегенеративные изменения в паренхиме почки. В связи с этим функция почек все в большей степени страдает, концентрационная способность их страдает, средний удельный вес мочи становится все ниже, доходит довольно часто до цифр 1006-1008. Этому периоду соответствует появление компенсаторной полиурии

при высоком содержании азотистых веществ в крови /остаточный азот, индикан/.

Для оценки функциональной способности почек мы у наших больных определяли не только суточный диурез /который колебался между 1800-2500 мл/, но и удельный вес мочи, по которым судили о функциональной способности почек.

У части больных проводилась проба по Зимницкому; при острой задержке мочи удельный вес ее определялся двух-трехкратно.

Характер удельного веса мочи представлен таблицей 34.

Таблица 34

Удельный вес мочи	Стадии болезни			Всего случаев
	I	II	III	
I002-I005	-	-	9	18,04%
I006-I010	-	-	15	
I011-I015	I	4	29	34
I016-I020	2	9	29	40
I021-I025	4	2	28	35
I026-I030	-	3	23	26
Итого	7	18	133	158
Сведений нет	I	3	9	13

На данных удельного веса мочи /табл.34/ мы останавливаемся по материалам, охватывающих 158 больных из 171, поступивших в урологическое отделение при всех стадиях болезни. Особую группу больных составляют 55 человек, которые поступали в урологическое отделение уже с надлобковым мочепузырным свищем. У 54 из них удельный вес мочи колебался в пределах I010-I015-I024. И только у одного

больного - между I004-I009 /больной X., 81 год/.

Из 133 больных с III стадией болезни у 9 человек удельный вес мочи был I002-I005; у 15 человек - I006-I010. Таким образом, низкий удельный вес мочи наблюдался у 24 больных, что составляет 18,04% по отношению к больным III стадии. У остальных больных в III стадии болезни удельный вес колебался между I011-I030, что указывало на вполне удовлетворительную функцию почек, несмотря на тяжесть клинического течения болезни.

Удельный вес мочи больных с I и II стадиями болезни колебался между I011-I020-I030. Функциональная способность почек у этих больных не была сниженной.

Таким образом, по удельному весу мочи определяется функциональная способность почек, а, следовательно, удается учесть компенсаторную способность их при хирургическом лечении больных с аденомой предстательной железы. Л.И.Дунаевский считает, что функциональная способность почек определяет тактику врача. Он указывает, что если удельный вес мочи достигает I025 и выше, то концентрационная способность почек считается хорошей; "удовлетворительной с удельным весом в I015-I020 и плохой - при удельном весе в I007-I011; очень плохой - при фиксированном удельном весе I005-I007".

Противопоказанием к хирургическому методу лечения больных, страдающих аденомой предстательной железы, является низкий удельный вес мочи, указывающий на плохую функцию почек. Однако, еще в 1926 году А.А.Чайка отмечал, что "низкого удельного веса мочи бояться нечего, - раз

наступает полиурия, которую надо рассматривать как компенсаторную деятельность почек. Если такая компенсация наступает, операция не опасна".

Из 9 наших больных, у которых удельный вес мочи был низким, фиксированным /1002-1005/, 8-ми был наложен надлобковый мочепузырный свищ. Все они эту операцию перенесли хорошо. Из урологического отделения было выписано 5 человек с постоянным свищем, которым аденомэктомия была противопоказана в связи с выраженными органическими заболеваниями сердца, сосудов и легких. 3-м больным была произведена операция аденомэктомии с хорошим непосредственным исходом. Один больной, у которого удельный вес мочи колебался между 1003-1004, в силу крайне тяжелого общего состояния не подвергался оперативному вмешательству.

Из 15 больных, у которых удельный вес мочи колебался между 1006-1010, 4 человека хорошо перенесли операцию надлобкового свища. Однако II этап операции у них был противопоказан ввиду заболевания сердца, сосудов и легких. Они выписаны с постоянным надлобковым свищем. II человек перенесли оба этапа операции и выписались из урологического отделения с восстановленным мочеиспусканием.

Заслуживает особого внимания тот факт, что в ряде случаев удельный вес мочи возрастал до нормальных цифр после того, как больным была произведена эпицистостомия.

Как пример приводим некоторые истории болезни с низким удельным весом мочи, а у некоторых больных он повышался и достигал нормальных цифр после операции эпицистостомии.

1. Больной В., 66 лет /ист.бол. № 3156/, поступил в урологическое отделение 25/VI-1951 г. с жалобами на недержание мочи. Заболел 10 дней тому назад внезапно после употребления 0,5 литра водки. В течение 8 дней проводилась катетеризация мочевого пузыря, однако восстановления мочеиспускания не наступило. Моча мутная, гнойная, вытекает из канала по каплям. Остаточной мочи 1800 мл. Предстательная железа увеличена, равномерная, гладкая, эластической консистенции, безболезненная.

Анализ мочи: цвет мясных помоев, кислой реакции, удельный вес при пробе Зимницкого 1002-1007; белок-0,33%, лейкоциты покрывают все поле зрения.

Анализ крови: Нв 61%, эритроциты 3910000, РОЭ 50 мм в I час, формула в норме.

Остаточный азот крови 43 мг %.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Парадоксальная ишурия.

27/VI-1951 года по местной анестезией произведена эпизиотомия. На 12-й день после операции присоединилось осложнение - острый пиелит. После применения пенициллинотерапии, внутреннего введения 40% раствора глюкозы явления пиелита стихли, общее состояние больного стало вполне удовлетворительным.

На 23-й день /20/VI-1951 г./ под спинномозговой анестезией произведена аденомэктомия. Тампон в простатическое ложе на 24 часа. Гладкое послеоперационное течение. На 24-й день закрылся свищ; на 23-й день восстановилось мочеиспускание. Больной выписан из урологического отделения без остаточной мочи в пузыре.

2. Больной С., 65 лет /ист.бол. № 1976/, поступил в урологическое отделение 24/IV-1951 года с жалобой на задержку мочи в течение двух недель. В анамнезе сифилис. В течение последних 2-х лет страдал дизурическими явлениями, была многократная задержка мочи; после катетеризации и покоя мочеиспускание восстанавливалось.

Две недели тому назад после употребления вина наступила полная задержка мочи, которую катетеризацией устранить не удалось.

Объективно: общее состояние больного тяжелое; язык сухой, обложен, жажда. Кровяное давление 150/90. Тоны сердца глухие; в легких единичные сухие хрипы, перкуторно-коробочный звук. Рентгенологически: легкие эмфизематозно-расширены, склероз сосудов.

Живот мягкий, почки не прощупываются. Над лонем определяется переполненный от мочи мочевой пузырь. Из уретры моча выделяется произвольно. Губки наружного отверстия уретры отечны, гиперемизованы, виден гной. После отмывания уретры катетером выпущено 1000 мл мутной мочи.

Анализ мочи: мутная, кислой реакции: удельный вес 1005; белок -0,99%, лейкоциты покрывают все поле зрения. Остаточный азот крови 47 мг %.

Анализ крови: Нв 72%. Эритроциты 4000000; РОЭ 40 мм в I час. Формула в норме.

При исследовании пальцем через прямую кишку предстательная железа увеличена в размерах, центральная борозда ее сглажена, поверхность гладкая, эластической консистенции, безболезненная.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Полная задержка мочи. Парадоксальная ишурия, гнойный уретрит.

30/IV-1951 года под местной анестезией произведена эпизиотомия. Гладкое послеоперационное течение.

На 20-й день после операции удельный вес мочи при пробе Зимницкого достиг цифр 1005-1012-1020. Остаточный азот крови снизился до 37 мг %. Анализ крови нормальный.

На 24-й день /29/V/ после первого этапа операции под эфирным наркозом произведена аденомэктомия. Гемостатическая губка в простатическое ложе. Гладкое послеоперационное течение.

На 27-й день после II этапа операции закрылся свищ, восстановилось мочеиспускание. На 30-й день больной выписался клинически здоровым.

3. Больной С., 70 лет /ист.бол. № 2907/, поступил в урологическое отделение 29/V-1953 года с острой задержкой мочи, наступившей 5 дней тому назад после употребления браги. В анамнезе - в течение 5 лет учащенное и затрудненное мочеиспускание. В районной больнице катетеризировали его в течение 5 дней, но мочеиспускание не восстановилось.

При объективном исследовании установлено следующее: общее состояние больного удовлетворительное, живот мягкий, над лоном определяется переполненный от мочи пузырь. По каналу не мочится. Остаточной мочи 1000 мл мутного эвета. Предстательная железа увеличена, гладкая, центральная бороздка ее сглажена, эластической консистенции, безболезненная.

Анализ мочи: мутная, щелочной реакции; белок 0,66%. Удельный вес 1005. В осадке большое количество лейкоцитов. 15-25 эритроцитов в поле зрения. При бактериоскопическом исследовании мочи микробная флора не обнаружена.

Анализ крови: Нв 72%, эритроциты 4290000, РОЭ-31 мм в час; лейкоциты 5400, формула нормальная. Остаточный азот крови 61 мг %.

Рентгенологически - аортокардиосклероз, эмфизема легких.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Осложнение - острая задержка мочи.

30/У-1953 года операция эпицистостомии. Тяжелое послеоперационное течение.

К 10/УП-1953 года больной вполне окреп. Удельный вес мочи достиг 1009. Остаточный азот крови снизился до 37 мг %.

21/УП-1953 года под спинно-мозговой анестезией произведена операция аденомэктомии, резекция семявыносящих протоков. Значительное кровотечение из простатического ложа, которое тампонируется полосой марли. Вес аденомы 55 граммов. В послеоперационном периоде наблюдалась супурация простатического ложа.

К 25 дню после II этапа операции свищ закрылся. Мочеиспускание восстановилось. Выписан с мутной мочей, мочится до 8 раз в сутки.

4. Больной Е., 72 лет /ист.бол. № 5926/, поступил в урологическое отделение 26/XI-1951 года с острой задержкой мочи, наступившей без видимой причины. Последние два месяца отмечает затрудненное мочеиспускание. Отмечалась примесь крови к моче. В анамнезе ничего особенного.

Анализ крови. Нв 71%, эритроциты 3970000, РОЭ-27 мм в час, лейкоциты 7000, эозинофилы I, формула нормальная.

Остаточной мочи 600 мл. Моча мутная с примесью крови, кислой реакции, белок 0,33%, удельный вес 1005. В осадке 10 лейкоцитов в поле зрения, эритроцитов 25 в поле зрения. Кристаллы мочевой кислоты в значительном количестве. Предстательная железа размером до куриного яйца, узловатая, плотной консистенции, безболезненная.

27/XI-1951 года операция надлобкового мочепузырного свища. Удовлетворительное послеоперационное течение. На 23-й день после операции выписан домой /на II этап операции больной не согласился/.

29/I-1952 года поступил в урологическое отделение повторно. Моча мутная, кислой реакции, удельный вес 1013. Остаточный азот крови 59 мг %. Анализ крови: Нв 60%, эритроциты 3650000, РОЭ 22 мм в час. Формула норма. Рентгенологически: аортокардиосклероз, эмфизема легких.

5/II-1952 года под спинно-мозговой анестезией произведена - аденомэктомия. Значительное кровотечение из простатического ложа. Тампон с гемостатической губкой. Аденома состояла из 3-х долей плотной консистенции, весом 48 граммов.

На 17 день после II этапа операции развилось септическое состояние. После пенициллинотерапии, внутривенного вливания 40% раствора глюкозы, дренирования пузыря в течение 5 дней последнее ликвидировалось. На 30-й день полностью закрылся надлобковый свищ. Мочеиспускание восстановилось. Выписан больной без остаточной мочи в удовлетворительном состоянии.

Приведенные выше истории болезни свидетельствуют о том, что, во-первых, несмотря на довольно низкий удельный вес мочи некоторые больные перенесли аденомэктомию вполне удовлетворительно, во-вторых, у ряда больных после операции /I и II этапа/ удельный вес мочи увеличивался и приближался к нормальным цифрам. Поэтому клиницист должен всегда учитывать, что понижение удельного веса мочи при аденоме предстательной железы не всегда является необратимым процессом, что и имело место в описанных нами случаях.

в/ Микроскопия осадка мочи

При микроскопическом исследовании мочи, наряду с наличием эритроцитов, солей и других элементов, в ней часто обнаруживаются лейкоциты. Степень гнойности мочи при различных стадиях болезни отображена в таблице 35.

Таблица 35

Количество лейкоцитов в одном поле зрения	Стадии болезни			Всего слу- чаев	№%
	I	II	III		
от 0 до 10	I	6	8	15	9,3
от II до 20	3	4	12	19	11,8
от 21 до 40	4	7	39	50	30,9
от 41 до 50	—	—	26	26	—
Сплошь покрывают все поле зрения	—	4	48	52	78 48,0
Итого	8	21	133	162	—
Сведений нет	—	—	9	9	—

Из этой таблицы видно, что у 162 больных при всех стадиях болезни наблюдалась различная степень гнойности мочи.

Очень часто при аденоме предстательной железы можно на глаз различить гной в моче. Большие количества слизи, эпителиальных клеток, солей и пр. делают мочу мутной. Моча на вид гнойная всегда содержит то или другое количество гнойных телец /лейкоцитов/. Происхождение гноя в моче следует объяснить присоединением инфекции, легко развивающейся здесь вследствие нарушения кровообращения в органах малого таза и, в частности, при застое мочи в пузыре.

С.Н.Чернобульский /1929/ предлагает гнойность мочи разделять на три степени: легкая степень - когда количество лейкоцитов обнаруживается в одном поле зрения от 15 до 20, средняя степень - от 21 до 40, сильная степень - свыше 40 лейкоцитов в поле зрения, т.е. явно гнойная моча.

У наших больных /по классификации Чернобульского, таблица 35/ легкая степень гнойности мочи была у 19 человек /11,8%/, средняя степень - у 50 /30,9%/ и, наконец, сильная степень гнойности - у 78 человек /48%/. Моча больных, у которых она была гнойной, количество лейкоцитов в большинстве случаев /52/ покрывали сплошь все поле зрения. У этих больных аденома предстательной железы протекала с осложнениями как со стороны нижних отделов мочевых путей /уретрит, цистит/, так и верхних /пиелит, уросепсис, пионефроз/. Клиническое течение аденомы, как правило, было тяжелым.

Следует отметить, что наличие лейкоцитов, эритроцитов, а также и белка в моче является частым симптомом аденомы простаты, но не является специфичным; однако это заставляет дифференцировать аденому с другими заболеваниями мочевых путей.

г/ Остаточный азот крови

Наряду с концентрационной способностью почек существенное значение имеет азотвыделительная способность их.

Остаточный азот крови имеет большое значение в оценке функциональной способности почек. На основании содержания его в крови приходится судить о выделительной функции почек. В норме остаточный азот в крови колеблется в пределах 20-40 мг %. Однако цифра в 50 мг % не считается безусловно патологической /Г.И.Коган и Н.Н.Бобров/. Цифры 70-100 мг % остаточного азота в крови указывают на нарушение азотвыделительной функции почек; постоянное повышение остаточного азота служит указанием на тяжесть заболевания. Если цифра остаточного азота не понижается после устранения задержки мочи, то это указывает на глубокие деструктивные изменения паренхимы почек.

По данным И.Г.Вольпана у 60% больных аденомой простаты остаточный азот крови встречался выше нормы.

При аденоме предстательной железы остаточный азот в крови не является еще безусловным показателем. Азотвыделительная функция почек находится в зависимости от длительности течения болезни, давности задержки мочи, стадии болезни, а также от состояния центральной нервной системы.

Среди наших 226 больных остаточный азот в крови отмечен у 156, сведений нет о 70. Эти результаты представлены таблицей 36.

Таблица 36

Остаточный азот крови в мг %	Из них по стадиям болезни			Всего случаев		‰‰
	I	II	III			
От 25 до 30 ...	8	14	28	50	109	-
От 31 до 40 ...	-	7	53	59		69,87
От 41 до 50 ...	-	I	27	28	15	17,94
От 51 до 60 ...	-	-	9	9		-
От 61 до 70 ...	-	-	2	2		9,63
От 71 до 100...	-	-	4	4		-
Свыше 100	-	-	4	4		2,55
Итого	8	21	127	156		100
Сведений нет...	-	-	70	70		-

Из прилагаемой таблицы видно, что независимо от стадии болезни, нормальное содержание остаточного азота крови отмечено у 109 человек /69,87%/; субнормальное - от 41 до 50 мг % у 28 человек /17,94%/; повышенное содержание остаточного азота крови - от 51 до 100 мг % наблюдалось у 15 человек /9,63%/. Заслуживают особого внимания 4 больных /2,56%/, у которых остаточный азот крови достигал от 110 до 349 мг %.

Среди больных, у которых содержание остаточного азота крови достигало высоких цифр /от 51 до 100 мг %/, аденома предстательной железы протекала с осложнениями: уросепсис, уремия, цистопиелит и пр. Однако, несмотря на низкий удельный вес мочи и высокие цифры остаточного азота крови, мы накладывали надлобковый свищ. Большинство наших больных эту операцию перенесли вполне удовлетворительно. У одного

больного остаточный азот крови составлял 47 мг %, а на 3-й день после аденомэктомии он достиг 110 мг %. После соответствующей терапии остаточный азот снизился вначале до 70 мг %, затем до 47 мг %. Больной выздоровел. У второго больного, поступившего с надлобковым свищем, остаточный азот крови достигал до 151 мг %, но после комплексного терапевтического лечения он снизился до 35 мг %, операцию аденомэктомии больной перенес хорошо.

Приводим в качестве иллюстрации истории болезни.

1. Больной Х., 81 год /ист.бол. № 3658/, поступил в урологическое отделение 14/УП-1952 года с направительным диагнозом: "Гипертрофия предстательной железы. Надлобковый свищ".

Анамнез: 3 года затрудненное мочеиспускание. 15/У-1952 года острая задержка мочи после употребления двух стаканов браги; на следующий день в районной больнице был наложен надлобковый свищ.

Анализ крови: Нв -60%, эритроциты 4190000; РОЭ 70 мм в час; лейкоциты 11000; формула без особенностей. Анализ крови на остаточный азот показал 47 мг %. Анализ мочи: все патологические элементы. Проба Зимницкого: удельный вес мочи 1004-1009.

18/УП-1952 года операция аденомэктомии, резекция семявыносящих протоков. Анестезия спинномозговая.

На 3 сутки после операции развилась клиника уремии, состояние больного резко ухудшилось. Остаточный азот крови 21/УП резко повысился, достиг 110 мг %, а 23/УП-III мг %.

С 21/УП больному проводилось лечение: пенициллин по 300000 ед. в сутки, внутривенное вливание капельным методом 5% раствора глюкозы до 1500-2000 мл в сутки, 40% раствора уротропина. 27/УП состояние больного значительно улучшилось, остаточный азот крови снизился до 70 мг %, а 23/УП, т.е. на 36-й день после операции остаточный азот крови снизился до 47 мг %. Общее состояние больного вполне удовлетворительное. Надлобковый свищ закрылся самостоятельно, мочеиспускание восстановилось, остаточной мочи в пузыре нет. Удельный вес мочи по Зимницкому повысился до 1007-1011-1013.

2. Больной У., 62 лет /ист.бол. 4797/, доставлен в урологическое отделение 20/УП-1952 г. в тяжелом состоянии с направительным диагнозом: "Двухсторонний гидронефроз, уремия, надлобковый свищ".

Анамнез: в течение последнего года наблюдалось затрудненное мочеиспускание. 27/УП-1952 г. наступила острая задержка мочи. 5 дней проводилась катетеризация мочевого пузыря; мочеиспускание не восстановилось. В межрайонной больнице I/УШ-1952 г. был наложен надлобковый свищ. Тяжелое послеоперационное течение, развилась уремия.

Объективно: состояние больного крайне тяжелое, клиника уремии и уросепсиса. Надлобковый свищ функционирует плохо. Предстательная железа увеличена, примерные размеры ее: 4х6 см., равномерная, гладкая, эластической консистенции, слегка болезненная. Артериальное кровяное давление 130/90 мм ртутного столба.

Анализ крови: Нв 69%; эритроциты 3490000; РОЭ 40 мм в час; лейкоциты 11000; формула без особенностей.

Остаточный азот крови от 23/XI - 151 мг%.

На внутривенной урограмме сергозин выделяется обеими почками на 7 минуте, интенсивнее на 15 минуте. Умеренное расширение почечных лоханок.

Проба Зимницкого: удельный вес мочи колебался между 1010-1015-1021. Флора мочи: обнаружен стафилококк.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы, надлобковый свищ. Осложнение: уремия, уросепсис.

С 21/XI начато лечение: кровопускание, пенициллинотерапия по 400000 ед. в сутки, внутривенное вливание капельным методом 5% раствора глюкозы по 2000 мл в сутки, сердечные средства. После указанной терапии к 54 дню от момента поступления в урологическое отделение больной окреп, стал ходить. Остаточный азот крови снизился до 46 мг%. Выписан домой с постоянным надлобковым свищем.

9/III-1953 года больной поступил повторно /ист.бол. № 1328/. Суточный диурез 1980 мл., удельный вес мочи по Зимницкому 1009-1016. Остаточный азот крови 35 мг%. Общее состояние его вполне удовлетворительное.

19/III-1953 года под спинно-мозговой анестезией произведена операция аденомэктомии. Гладкое послеоперационное течение. К 3/IV надлобковый свищ закрылся самостоятельно. Мочеиспускание восстановилось на 20-й день после операции, выписан из урологического отделения без остаточной мочи.

3. Больной К., 81 год /ист.бол. № 2652/, находился в терапевтическом отделении районной больницы с 7 по 17 мая 1952 года по поводу острой задержки мочи на почве аденомы предстательной железы. После безуспешного лечения катетеризацией и синэстролом 18/V больной доставлен в урологическое отделение в крайне тяжелом состоянии с явлениями уремии, уросепсиса и парадоксальной ишурией.

Объективно: больной истощен, кожа сухая. Возбужден. Тоны сердца глухие. Кровяное давление 145/95 мм ртутного столба. Предстательная железа больших размеров, мягкая с гладкой поверхностью. Мочевой пузырь достигает пупка, через канал непроизвольно выделяется моча.

Анализ крови: Нв 60%, РОЭ 57 мм в час, лейкоциты 7300; формула - сдвиг влево. Остаточный азот крови 110 мг %. Удельный вес мочи /разовый/ 1009.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы Ш ст. Осложнение: парадоксальная ишурия, уремия, уросепсис.

В течение трех дней применялось лечение: постоянный катетер, пенициллин по 400000 ед. в сутки, внутривенно по 40 мл 40% раствора глюкозы, подкожное вливание капельным методом 5% раствора глюкозы, сердечные средства. От указанного лечения улучшения не наступило. 21/У под местной анестезией произведена операция эпицистостомии. Несмотря на все принятые нами меры, вывести больного из состояния уремии и уросепсиса не удалось. 28/У-1952 г. больной скончался от причин, связанных с задержкой мочи.

4. Больной Ч., 72 лет /ист.бол. № 5265/, доставлен в урологическое отделение 16/Х-1952 г. в крайне тяжелом состоянии с диагнозом: "Гипертрофия предстательной железы. Задержка мочи".

Анамнез: в течение 2-х лет затрудненное мочеиспускание, периодически была задержка мочи. Лечился синэстролом и катетеризацией в районной больнице. От указанного лечения наступало лишь временное улучшение.

Объективно: состояние больного крайне тяжелое. Мочевой пузырь достигает пупка. Из канала моча выделяется произвольно. Предстательная железа небольшая, равномерная, гладкая, безболезненная. Остаточной мочи 1000 мл гнойного характера.

Анализ крови: Нв 44%, эритроциты - 3490000; РОЭ- 74 мм в час. Лейкоциты - 9000; формула - сдвиг влево.

Остаточный азот крови: от 17/Х - 97 мг %, от 23/Х- 127 мг %, от 27/Х- 349 мг %.

Анализ мочи: патологические элементы. Проба Зимницкого - 1005-1009. Флора Мочи: обнаружен стафилококк.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы Ш ст. Полная задержка мочи. Парадоксальная ишурия. Уремия. Уросепсис.

Со дня поступления в клинику ему в течение 7 дней проводилось следующее лечение: пенициллин по 400000 ед. в сутки, глюкоза внутривенно и подкожно капельным методом, сердечные средства, постоянный катетер и регулярное промывание мочевого пузыря раствором марганца. От указанного лечения улучшения не наступило. Моча оставалась гнойной. Остаточный азот крови нарастал /см. выше/.

23/Х-1952 года под местной анестезией произведена операция эпицистостомии. Несмотря на все принятые нами меры, больной умер.

Данные аутопсии: состояние после операции надлобкового свища, аденома предстательной железы. Гнойно-геморрагический цистит. Пиелонефрит. Пионефроз. Уросепсис. Уремия. Универсальный аорто-кардиосклероз. Дегенерация миокарда и печени.

Таким образом, из наших наблюдений видно, что у одного нашего больного содержание остаточного азота крови было 47 мг %, удельный вес мочи при пробе Зимницкого колебался между 1007-1009. Общее состояние больного не внушало никакого опасения. На этом основании мы произвели ему операцию II этапа. Как это видно из выписки истории болезни, уже на третий день после операции наступило уремическое состояние, на пятый день содержание остаточного азота крови достигало уже III мг %.

Под влиянием антибиотиков и других средств к девятому дню картина уросепсиса несколько стихла, а остаточный азот крови снизился до 70 мг %. К 36-му дню он снизился до 47 мг %. Наступило выздоровление, мочеиспускание восстановилось.

Другой больной /сл.2/ поступил с уремией и уросепсисом, у которого содержание остаточного азота крови было 151 мг %. Однако удельный вес мочи при пробе Зимницкого у него колебался между 1010-1015-1021. После энергичной терапии явления уремии, уросепсиса удалось ликвидировать, а через три месяца, т.е. 19/III-1953 года остаточный азот крови снизился до 35 мг %. С учетом этих данных больному 19/III-1953 года была произведена операция аденомэктомии с хорошим клиническим исходом.

Из приведенных примеров видно, что на передний план выступала картина недостаточности функции почек. После применения комплексного терапевтического лечения азотвыделительная функция почек приходила к норме, больные выздоравливали. В случаях 3 и 4 - аденома предстательной железы осложнялась не только уремией, но и остро текущим уросеп-

сисом, этому соответствовало высокое содержание остаточного азота в крови при низком удельном весе мочи, исход был плохой, несмотря на применение антибиотиков, глюкозы, сердечных средств, наложения надлобкового свища и других мероприятий. На аутопсии были отмечены глубокие деструктивные изменения паренхимы почек и других органов, что означало необратимость патологического процесса последних, а примененная нами терапия уже не могла оказать своего благотворного действия.

Из 15 больных, у которых содержание остаточного азота в крови колебалось от 51 до 100 мг %, аденома предстательной железы осложнялась инфекцией мочевых путей; на передний план выступали симптомы азотемии в легкой форме. После дренирования мочевого пузыря /надлобковый свищ/, пенициллинотерапии и других средств наступало выздоровление больных.

Операция аденомэктомии была произведена 12 больным из 15 с хорошим клиническим исходом, а 3 человека были выписаны с постоянным надлобковым свищем /II этап операции был противопоказан в связи с тяжелыми расстройствами сердечно-сосудистой системы/.

В заключение следует отметить, что остаточный азот крови в прогностическом отношении является крайне важным симптомом, так как он указывает на степень поражения почечной паренхимы. Поэтому для правильной оценки остаточного азота крови следует подходить индивидуально в каждом случае. Повторное исследование остаточного азота в крови должно стать обязательным фактором при решении вопроса об аденомэктомии.

д/ Общий анализ крови

При неосложненно протекающей аденоме предстательной железы значительных изменений со стороны крови не наблюдается. Некоторые авторы /Л.И.Дунаевский, Я.З.Пикус, В.М.Зверев, Е.Р.Сум-Шик и др./, изучавшие изменения крови при доброкачественно протекавших аденомах, также не смогли заметить каких-либо существенных изменений со стороны крови при последней. Однако при аденомах предстательной железы, протекающих с различного рода осложнениями, нередко наблюдаются значительные изменения как со стороны красной крови /гемоглобин, эритроциты/, так и белой /лейкоцитоз, лейкоцитарная формула/.

Н.М.Овчинников и Е.Р.Сум-Шик /1928/ указывают, что из 34 больных с аденомой предстательной железы у 15 было резкое ускорение РОЭ, у 7- несколько повышена и у 12 она была нормальна. Там, где РОЭ была ускорена, аденома протекала с осложнениями: инфекция мочевых путей и интоксикация организма.

Ряд авторов /Е.Ф.Вашкевич /1926/, Л.И.Дунаевский и др./, изучавшие изменения белой крови, находили при доброкачественно протекающей аденоме предстательной железы эозинофилию. По данным Л.И.Дунаевского она встречается в 43% случаях.

При нагноениях же в простате, яичках, пионейрозе, осложняющих аденому предстательной железы, появляется лейкоцитоз, причем эозинофилы совершенно исчезают.

Изменения состава крови у наших больных представлены таблицей 37.

Таблица 37

Красная кровь

Единица измерения		Всего случаев	Из них по стадиям болезни			% к общему количеству случаев
			I	II	III	
Гемоглобин /Hb/ в %	от 50	38	-	I	37	17,51
	от 50 до 60..	24	-	3	21	11,06
	от 60 до 70 ..	101	5	13	83	46,54
	от 70 до 80...	54 155	3	2	49	71,43
	Сведений нет..	9	-	2	7	24,89
Эритроциты в мм ²	от 2500000 до 4000000	39	-	I	38	17,8
	от 4000000 до 6000000 ...	180	9	20	151	82,2

Из таблицы видно, что у 38 больных количество гемоглобина было ниже 50% /17,51%/, у 24 человек /11,06%/- он был между 50-60%. У большей части наших больных - у 155 человек /71,43%/ гемоглобин был в пределах нормы. Наряду с этим среди наших больных у 39 человек /17,8%/ отмечалось значительное понижение количества эритроцитов. Все эти больные с количеством гемоглобина ниже 50% и количеством эритроцитов ниже 4000000 были в тяжелом состоянии, 38 из них страдали аденомой предстательной железы III стадии, которая протекала у них с осложнениями: моченая инфекция, гематурия и пр. Повторные анализы крови всегда показывали процент Hb и количество эритроцитов ниже нормы. Такое стойкое понижение Hb и эритроцитов характеризовало картину малокровия, развившегося в результате значительных кровопотерь, а также вследствие интоксикации организма. Однако

большая часть наших больных имела нормальные проценты Нв и количество эритроцитов /155 человек/.

Таким образом, мы видим, что содержание Нв крови ниже 50% и количество эритроцитов ниже 4000000 указывает на тяжелое состояние больного, наступившего вследствие осложнений аденомы предстательной железы.

Значительно рельефнее при аденоме предстательной железы выражено отклонение в оседании эритроцитов. Из таблицы /38/ видно, что из 226 у 37 человек РОЭ колебалась между 2-10 мм в час /16,89%/, у 32 человек РОЭ была от 11 до 20 мм в час /14,61%/. Большая часть больных /68,5%/ имела РОЭ от 21 до 80 мм в час.

Анализ этих данных показывает также, что ускорение РОЭ в основном наблюдалось у больных III ст. болезни.

Таблица 38

	РОЭ в мм в час	Всего больных	Из них по стадиям болезни			Процент
			I	II	III	
Реакция оседания эритроцитов	от 2 до 10 ...	37	3	7	27	16,89
	от 11 до 20...	32	5	10	17	14,61
	от 21 до 30...	43	-	1	42	-
	от 31 до 40...	39	-	12	137	68,5
	от 41 до 50...	36	-	1	35	-
	от 51 до 80...	32	-	-	32	-
	Сведений нет..	7	-	-	7	-
Итого...		226	8	21	197	100

Данные изменения белой крови у наших больных представлены таблицей 39. Из 226 у 46 человек была лейкопения /22,11%/, у 71 /34,13%/ лейкоциты отмечены от 5000 до 7000

в мм^2 , у 60 человек /28,84%/-умеренный лейкоцитоз и лишь у 31 человека /14,92%/- высокий лейкоцитоз.

Среди больных с высоким лейкоцитозом /10000 и выше/ аденома предстательной железы протекала с осложнениями /уросепсис, уремия, гнойный цистит, уретрит, пионефроз, длительная задержка мочи и пр./. Однако необходимо отметить, что из 46 больных, у которых наблюдалась лейкопения, у 29-состояние болезни было тяжелым в результате гематурии, а также инфекции мочевых путей и интоксикации организма.

Колебание количества лейкоцитов и процент содержания отдельных элементов их, т.е. изменение лейкограммы имеют диагностическое значение при многих инфекционных заболеваниях, злокачественных опухолях и др.

Таблица 39

Белая кровь

Число лейкоцитов мм^2	Всего слу- чаев	Из них по стадиям болезни			% к обще- му числу
		I	II	III	
от 3000 до 5000.....	46	5	9	32	22,II
от 5000 до 7000	71	2	5	64	34,13
от 7000 до 10000.....	60	-	3	57	28,84
свыше 10000	31	-	2	29	14,92
сведений нет.....	18	1	2	15	-
Итого....	226	8	21	197	-

Клиническое значение гемограммы при аденоме предстательной железы является ценным дополнительным методом исследования. Сама по себе, без связи с другими методами клинического исследования, "гемограмма не может иметь ни

диагностического, ни прогностического значения" /Г.И.Коган и Н.Н.Бобров/.

Изучение нашего материала показывает, что у 36 больных с аденомой предстательной железы, осложненной инфекцией мочевых путей, главным образом, уросепсисом и длительной задержкой мочи, отмечен сдвиг гемограммы влево; у некоторых этих больных эозинофилы или совсем отсутствовали или они не превышали I процента.

Касаясь эозинофилии, мы видим, что среди наших больных с нормальной мочей повышенный процент эозинофилов отмечен у 22 человек, у 11 человек - 2%, у 25 человек - 1%, а у 27 человек - их совсем не было /табл.40/.

Таблица 40

Процентное отношение эозинофилов	0%	1%	2%	3%	4%	5%	6%
Число случаев	27	25	54	26	11	$\frac{12}{22}$	$\frac{10}{22}$

Анализ наших данных показывает, что процент тяжело больных, у которых аденома предстательной железы протекала с инфекцией мочевых путей и интоксикацией организма, эозинофилов было меньше нормы, а у 27 человек они совсем отсутствовали. Наши данные полностью совпадают с наблюдениями Е.Ф.Вашкевич и Л.И.Дунаевского.

Таким образом, анализ крови наряду с другими клиническими исследованиями, в клинике аденомы предстательной железы, протекающей с инфекцией мочевых путей и интоксикацией организма, имеет существенное значение.

6. Специальные методы исследования

Из специальных методов исследования больных аденомой предстательной железы в некоторых случаях решающим диагностическим приемом является цистоскопия, пневмоцистография, хромоцистоскопия и пиэлография /внутривенная/. Эти методы ценны в том отношении, что при помощи их представляется возможным выяснить наличие в мочевом пузыре новообразования, камней, осложняющих течение аденомы предстательной железы, которые могут сочетаться с последней. Наряду с этим цистоскопией выясняется состояние мочевого пузыря /трабекулярность его, наличие дивертикулов, зияние мочеточниковых отверстий/. Выясняется также характер шейки пузыря /деформация пузырного устья/, выступание в полость пузыря увеличенных долей предстательной железы, особенно средней доли ее, а также характер слизистой оболочки мочевого пузыря, покрывающей аденому.

Цистоскопия также дает возможность выяснить функцию почек, пользуясь индигокарминовой пробой.

Цистоскопия впервые была применена Б.И.Хольцовым /1910/, на основании которой он диагностировал у больного атонию мочевого пузыря и на этом основании настоятельно рекомендовал производить операцию в два этапа – сначала наложение надлобкового мочепузырного свища, дающего покой пузырю, а затем удаление аденомы предстательной железы.

Пневмоцистографией /простатография по Л.И.Дунаевскому/ выясняются очертания предстательной железы и отношение ее к пузырю /рис.77/, она дает также возможность судить

о форме железы /субвезикальный или интравезикальный рост ее/. Иногда удается видеть форму устья пузыря, размер боковых долей железы /равномерная или неравномерная железа/, а также наличие камней в мочевом пузыре.

Методу уретроцистопроstaticографии К.Г.Овнатяна и А.А.Штуса придают важное значение при диагностике аденомы предстательной железы, особенно при миниатюрных размерах ее.

Существенное значение в диагностике аденомы предстательной железы имеет внутривенная пиелография, при помощи которой представляется возможным судить о выделительной способности почек, а следовательно, функции их. Можно видеть степень растяжения мочеточников, почечных лоханок и чашечек.

Однако ряд авторов /Л.И.Дунаевский, А.Г.Радзиевский и др./ отрицательно относятся к применению цистоскопии и внутривенной пиелографии. Так, Л.И.Дунаевский считает, что при аденоме предстательной железы, осложненной нефритом, а также при острой задержке мочи внутривенная пиелография противопоказуется.

А.Г.Радзиевский и др. также возражают против широкого применения цистоскопии указывают на опасность внесения инфекции в мочевой пузырь и трудности введения цистоскопа у больных с аденомой предстательной железы /иногда приводящего к образованию ложного хода уретры и т.д./

Этим методом исследования нами подвергалось лишь 33 человека. С помощью цистоскопии у трех больных из 27 мы диагностировали камни мочевого пузыря, у одного -ворсинча-



Рис. 77

Пневмоцистография. Стрелкой показан характер аденомы предстательной железы /равномерная, шаровидной формы/. /Собственное наблюдение/

чатый характер аденомы, которая явилась причиной профузной гематурии /ист.бол.3157, стр.139/ и у одного - множественные дивертикулы мочевого пузыря.

Приводим выписку из истории болезни № 4877.

Больной А., 60 лет, поступил 26/IX-1953 года с жалобами на боли внизу живота, затрудненное и частое мочеиспускание, мутную мочу. Дизурические расстройства в течение 12 лет. С 9/УП-1948 года лечится консервативно, а в 1952 г. принял курс синэстрола по схеме Топчан и Померанцева. От указанного лечения наступило только временное улучшение. Была двукратная задержка мочи. Лечение синэстролом повторял дважды. 22 и 23 сентября этого года была гематурия. Клинико-рентгенологически со стороны органов грудной клетки отмечены возрастные изменения. Живот мягкий, болезненный ниже пупка. Предстательная железа увеличена в размерах, примерно 3x4 см., уплощена, гладкая, плотной консистенции, болезненная. Остаточной мочи 160 мл. Флора мочи - стафилококк.

Цистоскопия. Выведенная моча гнойная со зловонным аммиачным запахом. Пузырь отмылся легко. Вместимость его 200 мл. Слизистая оболочка пузыря отека, гиперемирована, местами трабекулярного строения. Пузырный треугольник приподнят; позадибужеточечного валика видны отложения фибрина. В сегменте "II часов" циферблата видно два дивертикула неправильной формы, один разме-

ром около 2х4 см, второй 0,5 -1 см. Левое отверстие мочеочника имеет полулунную форму, зияет, не сокращается; тотчас ниже последнего слизистая -разрыхлена, легко кровоточащая. Правое отверстие мочеочника щелевидной формы. Пузырное устье циркулярной формы; железа выступает в полость пузыря равномерно /рис.78/.

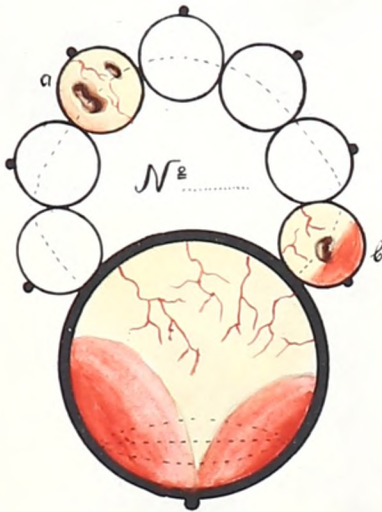


Рис. 78

Цистоскопическая картина при равномерной форме аденомы предстательной железы с наличием ложных дивертикулов пузыря /а/ и зияния мочеочникового устья/в/

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы П ст. Вторичный цистит. Ложные дивертикулы мочевого пузыря.

29/IX-1953 г. под местной анестезией наложен надлобковый свищ. Гладкое послеоперационное течение.

На 17 день после I этапа /16/X/ под спинно-мозговой анестезией произведена операция аденомэктомии. Кровотечение из ложа значительное. Тампон в ложе с перекисью водорода. Послеоперационное течение протекало с осложнениями: нагноение в простатическом ложе, явления уросепсиса. На 7-е сутки /23/X/ после операции II этапа появилось профузное кровотечение из пузыря, потребовавшее переливания крови и применения других кровоостанавливающих средств.

Удаленная аденома оказалась весом 30 граммов, плотная, равномерная. Гистологически - железисто-кистозная форма с пролиферацией эпителия.

На 24-й день после операции /9/XI-1953 г./ больной выписан с нормальным мочеиспусканием, клинически здоровым.

Таким образом, цистоскопическая картина у больных с аденомой предстательной железы весьма характерна и дополняет другие методы исследования, а в тех случаях, когда первые не дают определенных результатов, тогда она играет решающую роль в диагностике этой болезни.

Пневмоцистографию мы произвели лишь двум больным и внутривенную пиелографию — четырем больным.

Следует отметить, что современная клиника обладает богатым и разнообразным арсеналом средств исследования при аденоме предстательной железы. Однако мы считаем, что нет необходимости в каждом случае прибегать к инструментальному и рентгенологическому исследованию, которое небезразлично отражается на состоянии больного; теряется много времени на период исследования, тогда как болезнь может быть распознана с помощью других несложных приемов исследования, а потеря драгоценного времени нередко приводит к тому, что приходится оперировать больного при худших для него условиях.

В общий комплекс исследования больного должно входить рентгенологическое исследование грудной клетки, при котором выясняются патологические изменения со стороны сердца, крупных сосудов и легких. Мы, как правило, этому методу исследования подвергаем всех больных с профилактической целью, и всякий раз находили у них в той или иной степени возрастные изменения /аортокардиосклероз, пневмосклероз, эмфизема легких и др./.

Кроме того, у каждого больного следует измерять артериальное кровяное давление, так как среди людей пожилого

возраста нередко наблюдается гипертония.

Мы среди наших больных наблюдали повышение артериального кровяного давления в 42,14% случаях.

При дифференциальной диагностике необходимо иметь в виду различного рода заболевания, которые сопровождаются задержкой мочи, аналогичной при аденоме предстательной железы. Несмотря на несложность распознавания аденомы предстательной железы, встречаются случаи, когда никакими методами и приемами диагноз установить не удастся. Так, например, М.А.Мир-Касимов из ЗГО больных в 23 случаях не мог установить диагноз ни пальпаторно через прямую кишку, ни цистоскопически. И только на операционном столе автору удавалось установить правильный диагноз. Он видел аденомы, выросшие в канал, и как пробки закрывающие внутреннее отверстие мочеиспускательного канала. Эти аденомы сидят на ножке, допускающие прохождение цистоскопа. Поэтому автор придает огромное значение уретроцистографии, при которой удастся выяснить состояние уретры и изменения в пузыре. Среди наших 226 больных у 8 человек отмечена была миниатюрных размеров аденома предстательной железы; в большинстве случаев диагноз устанавливался на операционном столе. Клиническое течение болезни ничем не отличалось от течения ее у тех, у которых аденомы были больших размеров.

Дизурические расстройства и полная задержка мочи бывают при первичных камнях мочевого пузыря. Отличительным признаком при этом служат боли при мочеиспускании, перемены струи мочи, отхождение камней в анамнезе, усиление болей при движениях. У больных же с аденомой простаты при

движениях боли исчезают. Иногда встречается сочетание камней одновременно с аденомой простаты.

Следует также помнить о хроническом и остром простатите, которые сопровождаются увеличением предстательной железы и расстройством мочеиспускания. Клиническое течение при стриктуре уретры также напоминает клинику аденомы предстательной железы. У одного больного в возрасте 64 лет наступила полная задержка мочи, которая трактовалась хирургом района только как аденома предстательной железы. При клиническом исследовании больного нами была выявлена, наряду с аденомой, стриктура уретры, которая явилась причиной острой задержки мочи.

Наконец, нередко приходится дифференцировать аденому простаты от злокачественного новообразования ее, а также и других органических заболеваний центральной нервной системы, при которых тоже наступает задержка мочи. Помня об этом, можно избежать диагностической ошибки, которая нередко может привести к нецелесообразному оперативному вмешательству /эпицистостомия/.

В заключение настоящей главы мы считаем долгом отметить следующее. Клинические явления при аденоме предстательной железы у наших больных наблюдались в возрасте от 50 до 80 лет /99,2%/.

Из 226 больных 87,17% /197 чел./ поступило в состоянии III стадии болезни. В 62,9% случаев /124 чел./ с длительным анамнезом болезнь протекала доброкачественно и можно было заметить переход одной стадии в другую. В 37,1% случаев /73 чел./ болезнь развивалась в течение нескольких

дней до месяца. Острая задержка мочи у них наступала внезапно, преимущественно после употребления алкоголя. Клиническое течение болезни ^{у них} было наиболее тяжелым, как правило, требовавшее отведения мочи методом эпицистостомии. Катетеризация или постоянный катетер в этих случаях не помогали. Эту категорию больных мы относили по терминологии Пикуса к страдающим остро текущей формой аденомы предстательной железы. Клиническое течение болезни не укладывалось ни в стадии по Гюйону, ни в клиническую классификацию Дунаевского.

Профессиональный фактор в патогенезе аденомы предстательной железы никакой роли не играет: одинаково часто болеют рабочие и служащие.

У 197 больных жалобы сводились к острой задержке мочи, у 36 из них наблюдалась парадоксальная ишурия. Количество остаточной мочи в пузыре колебалось в широких пределах: от 100 мл до 3 литров /у 104 больных/. Чем больше было остаточной мочи в пузыре, тем значительнее была выражена атония его. Катетеризацией или постоянным катетером восстановить функцию мочевого пузыря в подавляющем большинстве случаев /у 128 больных/ не удавалось.

Основным и общедоступным диагностическим приемом при аденоме предстательной железы является исследование ее через прямую кишку пальцем. Этим приемом удается получить представление о характере железы, консистенции ее и болевых ощущениях.

Интенсивность дизурических расстройств не зависела от степени увеличения предстательной железы: задержка мочи наблюдалась у больных при увеличенных и не увеличенных

железах.

Инфицированную мочу имели 93,5% больных, а макроскопически гнойная моча наблюдалась у 48%.

В 14,92% /31 чел./ случаев аденома предстательной железы осложнялась септическим состоянием /уросепсис, уремия и проч./.

Низкий удельный вес мочи /1002-1010/ имел место у 15,19% больных. После устранения задержки мочи эпистостомией удельный вес возрастал до 1015-1018. Большей части этим больным /12 из 15/ мы произвели аденомэктомию с хорошим непосредственным исходом. Следовательно, низкий удельный вес мочи не является абсолютным противопоказанием к оперативному вмешательству.

Микрогематурия наблюдалась в 71,23% случаев, а макрогематурия - 22,16%. Иногда встречалась профузная гематурия; она является грозным осложнением аденомы простаты.

Картина крови при аденоме простаты существенной роли не играет. В случаях осложненно протекавшей аденомы предстательной железы наблюдался лейкоцитоз /свыше 10000/ и высокая РОЭ /у 68,5% сл./. Гемограмма мало изменялась и поэтому она не может иметь ни клинического, ни прогностического значений.

Наиболее существенное значение в клинике аденомы простаты имеет азотвыделительная и концентрационная функция почек. Однако параллелизма между содержанием остаточного азота в крови и удельным весом мочи мы не могли отметить. В прогностическом значении остаточный азот в крови и удельный вес мочи являются важными симптомами для оценки состояния больного. Повторное исследование остаточного азота и

удельного веса мочи должно стать обязательным для решения вопроса об оперативном вмешательстве.

Специальные методы исследования — цистоскопия, пневмоцистрография, хромоцистоскопия и пиэлография — являются дополнительными методами исследования больных аденомой предстательной железы. Этими методами представляется возможным выявить наличие камней и новообразование в мочевом пузыре, а также выяснить состояние пузыря, характер шейки его и взаимоотношения предстательной железы между окружающими тканями. Однако большей частью эти методы не применимы в связи с рядом осложнений аденомы простаты.

В общий комплекс исследования больных должно входить рентгенологическое исследование грудной клетки, при котором выясняются органические изменения сердца, магистральных сосудов и легких. Мы всегда могли отметить различной степени возрастные изменения со стороны органов грудной клетки.

Измерение кровяного давления позволяет судить о наличии гипертонии, которая среди наших больных наблюдалась в 42,14% случаев.

ГЛАВА IV

Л Е Ч Е Н И Е

Вопросы лечения аденомы предстательной железы являются одними из актуальных в урологии, в особенности в связи с применением синтетических половых гормонов /эстрогенов и андрогенов/.

В течение многих десятилетий эта тема служила предметом оживленных дискуссий на многих съездах и конференциях хирургов и урологов нашей страны.

Доклады ряда авторов /Г.Я.Алапин, Л.И.Дунаевский, И.И.Соболев, А.Б.Топчан, А.П.Фрумкин, И.М.Эпштейн и др./, представленных на состоявшейся в Москве /1951/ 2-й Всесоюзной конференции урологов касаются в основном лечения аденомы предстательной железы. Одни авторы /А.Б.Топчан, С.Д.Голигорский, Л.И.Дунаевский, Б.Ф.Савинков и др./ рекомендовали синэстролотерапию как основной метод лечения аденомы предстательной железы; другие /А.П.Фрумкин, И.И.Соболев, М.Б.Пластунов, Н.И.Шапиро и др./ указывали, что гормонотерапия не является заместительной, и потому показания к хирургическому методу лечения остаются прежними. Эти высказывания авторов свидетельствуют о том, что существующие в настоящее время методы лечения, в том числе и хирургическое вмешательство — аденомэктомия — являются все еще отражением недостаточных знаний причины возникновения аденомы предстательной железы. Тем не менее, в настоящее время единственно радикальным методом лечения аденомы предстательной железы является хирургический метод. Хирургическому методу лечения посвящено большое количество работ, его методика претерпела коренные изменения. Естествен-

но, что лечению аденомы предстательной железы посвящена обширная литература.

В настоящей главе главной целью является сопоставление клинических наблюдений в зависимости от морфологических данных в аденомах предстательных желез, до известной степени объясняющих трудности техники аденомэктомии у больных, лечившихся синэстролом /32 сл./.

Г. Методы лечения аденомы предстательной железы

а/ Литературный обзор

Для устранения препятствий к оттоку мочи у больных аденомой предстательной железы Мерсье, Цивиль /*Mercier*/1836/, *Civiee* /1841/ эндоуретрально производили рассечение предстательной железы бужевидным инструментом. Однако эта операция сопровождалась нередко тяжелыми осложнениями/ ранение мочевого пузыря, перепончатой части мочеиспускательного канала, прямой кишки и пр./, и потому скоро была совсем оставлена.

Боттини /*Bottini* /1847/ предложил метод эндоуретрального рассечения предстательной железы электрокаутером. Эта операция получила значительное распространение и до 90-х годов XIX века являлась самым радикальным методом лечения аденомы предстательной железы. В дальнейшем было выяснено, что эта операция также не является радикальной /скоро наступали рецидивы/. Во время производства самой операции нередко ранились мочевой пузырь, уретра, прямая кишка и наблюдались угрожающие жизни больного кровотечения, а послеоперационный период часто протекал с осложнениями

/уросепсис, мочевые затеки, флегмона и пр./. Она давала также большую летальность /7,4%/. По данным Б.Н.Хольцова /1909/, который оперировал этим методом, восстановление функции мочевого пузыря отмечалось в 51,3% случаев, улучшение - у 26,4%, отрицательный результат - у 11,2%, при летальности - в 7,4%.

Поэтому операция эндоуретральной электрорезекции не могла получить широкого распространения и уже в конце прошлого столетия была отодвинута на задний план операцией частичного иссечения аденоматозной предстательной железы через промежностный доступ к ней.

В 1887 году Харьковский профессор хирургии А.Г.Подрез впервые при аденоме предстательной железы применил частичное иссечение ее надлобковым путем, положив тем самым начало развитию хирургии предстательной железы.

Позднее /1896/, на основании клинических наблюдений, А.Г.Подрез писал: "Ни в одном случае резекции предстательной железы не удавалось настолько восстановить мочеиспускание, чтобы окупалась такая затрата жизненных сил, терпения и риска со стороны больного и хирурга". Эту операцию автор считал не радикальной, но категорически от применения ее не отказывался там, где это было необходимо.

Применение С.П.Федоровым /1899/, а затем А.А.Трояновым /1904/ метода чрезпузырного удаления "гипертрофированной" предстательной железы доказало его преимущество над другими оперативными вмешательствами /промежностным, сакральным/ и приобрело всеобщее признание.

Разработка и внедрение в практику Б.Н.Хольцовым /1906-1908/ двухмоментной надлобковой аденомэктомии знаме-

новали собою новый этап в прогрессе радикальной хирургической терапии аденомы предстательной железы. Эта операция во много раз снизила летальность и расширила показания к ней.

Техника операции одномоментной надлобковой аденомэктомии по С.П.Федорову, как это видно из протокола операции /Русский Хир.Актив, 1903, стр.869, случай 17/, заключалась в следующем: типичное высокое сечение мочевого пузыря. После раздвигания пузырной раны крючками слизистая оболочка пузыря над аденомой вскрывалась тупым путем, опухоль вылучалась вместе с простатической частью мочеиспускательного канала. После этого опухоль извлекалась из мочевого пузыря щипцами Мозо. Кровотечение останавливалось тампонадой простатического ложа. Мочевой пузырь дренировался резиновой трубкой, остальная часть раны зашивалась послойно.

На VIII съезда Российских хирургов /1908/ С.П.Федоров сообщил о благоприятном отдаленном исходе /8 лет/ после одномоментной аденомэктомии. Демонстрируемый им больной считал себя совершенно здоровым.

Сущность операции двухмоментной надлобковой аденомэктомии по Б.Н.Хольцову в том плане, в каком она производилась до 1914 года, состоит в следующем. В первый момент под местной анестезией вскрывался достаточно широко мочевой пузырь с последующим образованием губовидного свища. Б.Н.Хольцов считал, что дренирование мочевого пузыря наиболее полно достигается губовидным свищем. После того, как больной вполне оправится от интоксикации, а функциональная способность пузырной мышцы восстановится, улучшится деятельность почек, под спинно-мозговой анестезией произ-

водился второй момент операции – удаление аденомы предстательной железы. Дренаж пузыря осуществлялся через ранее образованный губовидный свищ. На третий день после второго момента операции губовидный свищ зашивался – третий момент операции.

В виду того, что губовидный свищ надолго приковывал больных к постели, с 1914 года Б.Н.Хольцов перешел на закрытый метод дренирования пузыря. Он стал применять резиновый дренаж, а остальную рану зашивал. В последнем варианте операция аденомэктомии производится урологами и хирургами до сих пор.

Лучшим временем для производства второго этапа операции Б.Н.Хольцов считал интервал от двух недель до трех месяцев. За указанный срок воспалительные явления мочевых путей успевают стихнуть, интоксикация организма исчезает, тонус пузырной мышцы восстанавливается, функция почек и сердечно-сосудистая деятельность улучшаются.

Показаниями к двухмоментной надлобковой аденомэктомии Б.Н.Хольцов считал следующее: а/ аденома предстательной железы, осложненная хроническим или острым циститом; б/ высокая температура, зависящая от воспаления пузыря и почечных лоханок; в/ уросепсис, азотемия и т.д.

Противопоказаниями к операции Б.Н.Хольцов считал такие заболевания, которые сами по себе являются непосредственно угрожающими жизни больного: а/ старческая дряхлость, граничащая с маразмом; б/ диабет в период истощения; в/ малокровие; г/ бронхоэктатическая болезнь, туберкулез и резко выраженная эмфизема легких; д/ органические заболевания сердца и сосудов, аневризма; ж/ выраженный интер-

стициальный нефрит и з/ гнойный пиелонефрит.

Таким образом, наряду с разработкой двухмоментной надлобковой аденомэктомии Б.Н.Хольцовым были выработаны показания и противопоказания к производству этой операции, что обеспечило успех и распространение этого метода лечения аденомы предстательной железы.

Сообщая на УШ съезде Российских хирургов /1908/ о своих неудачных случаях, С.П.Федоров говорил: "Я приветствую предложенный доктором Хольцовым двухмоментный способ операции. В моих случаях применение его было бы целесообразно и я уверен, в таком случае мы бы избежали 2-х летальных исходов".

В течение первого десятилетия настоящего века всесторонне разрабатывались вопросы этиопатогенеза и хирургического лечения аденомы предстательной железы. Результатом чего явилось опубликование ряда работ отечественных ученых /Г.М.Мухадзе, Д.Н.Рознатовский, П.А.Герцен, Б.Н.Хольцов, Н.А.Михайлов, П.Ф.Гусев, Г.А.Ястребов, М.Саксаганский, С.Е.Марьяшес и др./.

Работами указанных авторов было установлено, что применение одномоментной чрезпузырной аденомэктомии при всех стадиях болезни без учета возраста, состояния больного процент летальности достигал высоких цифр /до 50%/. Кроме того, в послеоперационном периоде наблюдались **тяжелые** осложнения /восходящая инфекция, уросепсис и др./.

В связи с этим, на УШ съезде Российских хирургов /1908/ С.П.Федоровым были выдвинуты такие вопросы:

І. Как велика опасность этой операции для оперируемого больного.

2. Какие функциональные результаты дает эта операция.

3. В какой стадии болезни показана полная надлобковая аденомэктомия.

4. Какие жизненные показания для производства на больном этой операции.

Постановка и изучение этих вопросов помогла отечественным клиницистам в короткий срок правильно оценить важность проблемы аденомы предстательной железы, в частности ее терапии. Целеустремленная направленность клинической мысли завершилась выработкой ряда положений, как-то: показания и противопоказания к производству одно-и двухмоментной операции, разработка и усовершенствование техники операции аденомэктомии, подготовка к операции больного и ведение его в послеоперационном периоде и пр.

К 1910 году было установлено, что двухмоментная аденомэктомия является наименее травматичной операцией и переносится больным легче, чем другие методы хирургического лечения аденомы предстательной железы, которые применялись в то время. Б.Н.Хольцов /1910/ сообщил о 20 больных, оперированных им в два этапа. Из них у 18 мочеиспускание восстановилось, у одного — улучшилось и у одного был отрицательный результат.

На основании своих клинических наблюдений Б.Н.Хольцов пришел к выводу, что одномоментная надлобковая аденомэктомия является операцией очень тяжелой и должна давать высокий процент летальности. Произведенная в два приема эта операция переносится сравнительно легко даже тяжелыми больными.

Огромное значение Б.Н.Хольцов придавал возрасту боль-

ных, общему состоянию их, функциональному состоянию мочевого пузыря и почек. Он указывал, что длительные задержки мочи приводят к атонии пузырной мышцы и нередко к инфицированию мочевых путей. В результате этого развиваются грубые анатомические изменения в верхних мочевых путях, что не безразлично сказывается на старческом организме. Вот почему, — писал Б.Н.Хольцов, — даже небольшая операция для такого ослабленного организма является опасной.

Разделяя точку зрения Б.Н.Хольцова, на X съезде Российских хирургов /1910/ С.П.Федоров говорил, что разделение операции на два момента у тяжело больных заслуживает внимания, "...тем более, что разделение травмы на два момента, как во многих случаях, является иногда тоже целесообразным".

Таким образом, операция Б.Н.Хольцова завоевала признание и все больше привлекала к себе сторонников /Б.В.Шолков, А.Г.Радзиевский, С.Е.Марьяшес и др./. Однако в силу социально-экономических условий царской России операция эта получила распространение лишь в узком кругу университетских клиник и не могла быть применена в широком масштабе хирургами периферии.

И только в результате победы Великой Октябрьской социалистической революции, Коммунистическая партия и Советское правительство создали материальные условия для развития медицинской науки, в том числе и урологии, как клинической дисциплины. Развернулась подлинно творческая деятельность советских ученых. Вопросы хирургии предстательной железы, наряду с другими клиническими дисциплинами, получили свое отражение в советский период в работах много-

численных авторов /В.А.Гораш, А.Я.Дамский, Л.И.Дунаевский, А.М.Мир-Касимов, Б.Н.Хольцов, В.М.Мыш, А.А.Чайка, А.Б.Топчан, Б.В.Шолков, Р.М.Фронштейн, А.П.Фрумкин, И.Н.Шапиро и многие другие/.

На ХУП съезде Российских хирургов /1925/, I съезде украинских хирургов /1927/, I съезде Российских урологов /1927/, XXI съезде Российских хирургов /1929/, I Всеукраинской конференции урологов /1934/ проблема аденомы предстательной железы была программной. Центральное место в работах указанных съездов занимали вопросы терапии, показания и противопоказания к хирургическому методу лечения, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

Таким образом, в результате работ указанных съездов всех авторов объединило мнение, по которому доминирующим методом лечения аденомы предстательной железы должно быть хирургическое вмешательство. Методы операции С.П.Федорова и Б.Н.Хольцова стали методами выбора.

Надлобковую чрезпузырную аденомэктомию стали считать радикальной, дающей наилучшие функциональные результаты в смысле восстановления акта мочеиспускания. Все другие методы оперативного лечения аденомы предстательной железы отодвинулись на задний план, затем утратили свое значение и в настоящее время представляют лишь исторический интерес.

Одно-и двухмоментная операции в настоящее время считаются доминирующими с точки зрения радикальности удаления аденоматозных узлов, так как при них представляется возможным удалить опухоль любой величины и достаточно хорошо дренировать мочевой пузырь. В случае кровотечения

удается легко произвести тампонаду простатического ложа. Однако двухмоментная аденомэктомия является наиболее щадящей, легче переносится больными. Операция аденомэктомии является также профилактическим мероприятием, избавляет больного от возможного превращения аденомы в злокачественную опухоль, так как некоторые авторы /М.А.Мир-Касимов, К.Т.Овнатян, Л.М.Шабад, Б.В.Ключарев/ считают аденому предстательной железы предраком, особенно это относится к пролиферирующей форме ее.

Хирургия предстательной железы, в частности при аденоме ее, не переставала привлекать внимание советских хирургов и урологов.

Изыскания направлялись как по пути усовершенствования способов операции одно-и двухмоментной надлобковой аденомэктомии /Н.М.Борисовский, А.Т.Цулукидзе, В.М.Мыш и др./, так и по пути разработки совершенно новой методики доступа к предстательной железе с целью удаления ее /А.Т.Лидский/.

В 1923 году А.Т.Лидским разработана и предложена позадилобковая аденомэктомия. Сущность операции по способу А.Т.Лидского заключается в том, что аденома предстательной железы удаляется из своего ложа без вскрытия мочевого пузыря и без повреждения простатической части мочеиспускательного канала, что является безусловным преимуществом этой операции. Кроме того, после такой операции сокращается и срок пребывания больного на койке.

Показания к операции А.Т.Лидского совпадают с показаниями одномоментной аденомэктомии по способу А.П.Федорова.

Противопоказаниями позадилобковой аденомэктомии автор метода считает: а/ эндовезикальный тип аденомы; б/ наличие камней в пузыре; в/ инфекция мочевых путей; г/ атония мочевого пузыря и функциональная недостаточность почек, когда действительно необходима разгрузка мочевых путей.

За последние годы операция по методу А.Т.Лидского начинает внедряться на практике и по отзывам ряда авторов /Л.Я.Шницер, Б.А.Шмуклер, А.А.Авдеев и З.Ф.Ченцова, М.Б.Пластунов и др./ дает удовлетворительные результаты.

В 1926 году В.М.Мыш предложил метод двухмоментной надлобковой аденомэктомии. Его операция представляет собою модификацию одномоментной аденомэктомии по С.П.Федорову и имеет сходство с двухмоментным способом Б.Н.Хольцова в том отношении, что в основе его является двуэтапность оперирования.

Методика операции В.М.Мыша состоит в следующем:

1/ подготовка больного – ежедневное промывание мочевого пузыря, подкожное введение стрихнина, внутривенное введение глюкозы, иногда переливается кровь; 2/ операция – в первый момент под спинно-мозговой анестезией 5% раствора новокаина вскрывается достаточно широко мочевого пузырь. Концентрическим разрезом, с отступом от внутреннего отверстия уретры на 1 см., над опухолью, вскрывается слизистая оболочка мочевого пузыря и аденома вылуцается тупо. В уретру вставляется постоянный катетер, после чего ложе предстательной железы и полость пузыря тампонируются полоской марли. Края пузырной раны сшиваются узловым швом с кожей. На рану накладывается ватно-марлевая подушечка.

В течение двух суток повязка сменяется сестрой или самим больным.

Второй момент операции состоит в том, что через двое суток больного берут вновь в операционную и под местной анестезией 0,5% раствором новокаина извлекаются марлевый дренаж и тампон из простатического ложа. Через катетер промывают пузырь раствором ляписа /1:2000-3000/, после чего пузырь освобождается от швов и на него накладывается однорядный узловый кетгутовый шов, не захватывая слизистой оболочки. Кожа не сшивается, а между ее бортами помещается марлевая прокладка, смоченная вазелиновым маслом. Заживление раны происходит вторичным натяжением. Летальность при этом способе оперативного вмешательства на 132 случая составила 8,3%.

Несмотря на многообразие предложенных авторами технических изменений и новых методик оперативного лечения аденомы предстательной железы, в нашей стране операции по методу С.П.Федорова и Б.Н.Хольцова получили наиболее широкое распространение по сравнению с другими видами аденомэктомии. Эти операции являются наиболее эффективными и дают лучшие функциональные результаты и малую летальность. Кроме того, технически они доступны рядовому хирургу и урологу не только центра, но и периферии /Б.В.Шолков, Л.С.Ерухимов/.

К сожалению, вопрос о лечении этой болезни за последние 20 лет только один раз обсуждался на 2-й Всесоюзной конференции урологов /1951/, на которой видное место было отведено методу гормональной терапии аденомы предстательной железы. Однако большинство авторов на той же конферен-

ции высказалось за хирургический метод лечения на том основании, что он дает наилучшие непосредственные и отдаленные результаты.

Из паллиативных методов лечения аденомы предстательной железы видное место отводится гормональной терапии. Этот метод имеет свою историю. Идея эндокринной терапии принадлежит Ф.И.Синицину /1884/, который, усматривая причину образования аденомы предстательной железы в старческих изменениях яичек, первый произвел кастрацию двум больным при аденоме ее с положительным клиническим результатом. О положительном влиянии кастрации на обратное развитие симптомов расстройств мочеиспускания сообщали И.К.Спижарный, Ф.К.Геррат, П.А.Лезин и др. Однако, наряду с положительным клиническим эффектом отмечались вредное действие на организм кастрации и высокая летальность при ней. Несколько позднее, с целью вызвать атрофию аденомы предстательной железы, многие отечественные ученые предложили заменить ее вазэктомией, идея которой также принадлежит Ф.И.Синицину.

В результате ряда работ отечественных ученых /С.Дерюжинский, Б.Пржевальский, П.А.Лезин, В.Борман, Э.И.Карлович, А.Т.Панкратьев и др./ было доказано влияние вазэктомии на обратное развитие симптомов болезни. Метод этот на рубеже XIX и XX столетий получил широкое распространение для лечения аденомы предстательной железы.

Клинико-морфологические и экспериментальные исследования Б.Никитина /1925/, Ю.М.Иргера /1926/, Б.В.Шолкова /1927/, М.А.Мухаринского /1940/ и др. показали, что после

вазэктомии уменьшение клинических симптомов расстройств мочеиспускания при аденоме предстательной железы носит временный характер, как правило, при эластической форме ее /Я.Б.Войташевский, В.А.Сперанский и др./ и лишь при I и II стадиях болезни. Отрицательный результат от вазэктомии имеет место при аденоме твердой консистенции, независимо от стадии болезни, а также при атонии мочевого пузыря, зависящей от задержки мочи /Л.И.Дунаевский, И.С.Темкин/.

Таким образом, как самостоятельный метод лечения аденомы предстательной железы вазэктомия не могла получить широкого применения. Она не дает эффекта в смысле основного процесса — атрофия аденомы железы. Однако все авторы сходятся на том мнении, что вазэктомия должна применяться как предварительный этап подготовки больного перед операцией аденомэктомии, предупреждающая развитие эпидидимита в послеоперационном периоде /А.А.Чайка, И.Н.Шапиро, Б.Н.Хольцов, Б.В.Шолков, М.А.Мир-Касимов, А.П.Цулукидзе и др./.

Выше уже указывалось /гл.I/, что в результате работ Ф.К.Геррат, В.Бормана, П.Л.Лезина, И.К.Спижарного и др. была доказана связь между предстательной железой, яичками, и др. железами внутренней секреции.

Гипофункция яичек, наступающая в старческом возрасте, приводит к образованию аденомы предстательной железы. Для лечения аденомы предстательной железы в начальной стадии ее болезни с успехом применяли теститулин, спермин и др. /В.Каро/. Р.М.Фронштейн также наблюдал эффективность от применения орхикрина.

В 1932 году А.Б.Топчаном был применен для лечения больных аденомой предстательной железы женский половой гормон-гравидан /препарат, содержащий в себе комплекс гормонов желез внутренней секреции/, от которого у 23 из 26 больных наступил положительный клинический эффект.

После того, как были получены из мочи беременных женщин женские половые гормоны, а из мочи мужчин - мужские половые гормоны, а затем был осуществлен синтез их, многие клиницисты стали применять для лечения аденомы предстательной железы синтетические препараты - аналоги женских и мужских половых гормонов.

В настоящее время в клинической практике для лечения аденомы предстательной железы применяются синтетические гормонопрепараты - эстрогены /относящиеся к женским половым гормонам/ и андрогены /мужские половые гормоны/. Из первых широкое применение получил синэстрол, из вторых - тестостерон-пропионат и метилтестостерон.

Одни авторы /И.И.Соболев, А.П.Фрумкин, И.Н.Шапиро, Б.В.Ключарев, Л.М.Шабад и др./ полагают, что в старческом организме, в силу наступающей инволюции яичек, преобладает женский половой гормон, поэтому они рекомендуют применять андрогены для лечения аденомы предстательной железы. Другие /Л.И.Дунаевский, А.Б.Топчан, А.А.Померанцев и др./ считают причиной развития аденомы повышенное количество у человека андрогенов, рекомендуют при этом для его нейтрализации - синэстрол. По данным Топчана /1951/, в результате лечения синэстролом /до 4100 мг активного вещества на курс лечения/ из 244 больных у 186 /76,2%/ достигнуты были хорошие результаты: наступило свободное мочеиспускание, исчезала

остаточная моча. Напротив, от лечения синэстролом А.П.Фрумкин, Г.Я.Алапин, И.Н.Соболев, Б.В.Ключарев, М.Б.Пластунов и др. наблюдали в некоторых случаях лишь кратковременное улучшение общего состояния больного, и то лишь при первой стадии болезни. Патологический процесс, как правило, прогрессировал, и больные подвергались аденомэктомии.

И.Н.Соболев, А.Ф.Фрумкин, И.Н.Шапиро сообщили, что им приходилось срочно оперировать больных, доставленных в клинику с острой задержкой мочи и резко увеличенной предстательной железой, которые до этого проходили курс лечения большими дозами синэстрола. Об этом свидетельствуют также наблюдения А.А.Лапина /1955/.

В своей клинической практике мы оперировали 21 больного, поступивших в урологическое отделение с острой задержкой мочи. Эти больные ранее лечились синэстролом по методике Топчан и Померанцева.

Кроме того, 11 больным мы произвели аденомэктомию, которые в промежутке между I и II этапами операции также лечились большими дозами синэстрола, от которого мочеиспускание у них не восстановилось. Некоторые больные прекращали инъекции синэстрола из-за появления загридинных болей, одышки, а у одного нашего больного после инъекции синэстрола появлялись интенсивные головные боли. После прекращения лечения синэстролом головные боли исчезали.

И.Н.Шапиро, А.П.Фрумкин, Б.В.Ключарев, И.И.Соболев применяли в начальных стадиях болезни /когда остаточная моча не превышала 200 мл/ метилтестостерон и тестостерон-пропионат. Они отмечали благотворное влияние этих препа-

ратов на больных: субъективное состояние быстро улучшалось. Больные становились бодрее, дизурические явления иногда полностью исчезали, у гипертоников снижалось кровяное давление; небольшие количества остаточной мочи /100-200 мл/ у некоторых больных исчезали. Размеры и конфигурация предстательной железы после указанного лечения не изменялись. Клинический эффект от применения андрогенов носил также кратковременный характер /от 6 до 12 мес./, а потому требовалось повторять лечение. При хронической задержке мочи и атонии мочевого пузыря андрогены не давали эффекта. И.И.Соболев указывает, что систематическое применение метилтестостерона может на значительное время отсрочить неизбежную операцию.

На основании клинических наблюдений А.П.Фрумкин, И.Н.Шапиро /1954/ приходят к выводам: а/ гормональное лечение не может считаться специфической заместительной терапией аденомы предстательной железы. Оно не приостанавливает прогрессирующего роста аденомы и потому на радикализм рассчитывать не может; б/ показания к оперативному лечению — аденомэктомии — пока продолжают оставаться прежними.

Таким образом, в настоящее время считается, что благотворное влияние гормонопрепаратов /эстрогенов и андрогенов/ на организм является временным и наблюдается лишь при начальных стадиях болезни аденомы предстательной железы /I-II/. В III стадии — в стадии острой задержки мочи, когда нарушается функционально-динамическая способность мочевых путей, от гормональной терапии эффекта совсем не наступает /А.П.Фрумкин/.

Временное улучшение состояния больного, уменьшение

дизурических явлений и количества остаточной мочи от применения гормональной терапии зависят от того, как указывает Р.М.Фронштейн, что вводимые в организм эндокринные препараты повышают общий тонус и тонус пузырной мышцы и, не уничтожая аденомы предстательной железы как таковой, приводят больных в состояние, отодвигающее на некоторое время оперативное вмешательство.

Необходимо учитывать, что большие дозы эстрогенных веществ являются кастрационными /на основной курс лечения синэстролом приходится до 4100 мг активного вещества/. В этом мы убедились у амбулаторных больных. После применения 8-15 инъекций по 60 мг синэстрола у мужчин в возрасте от 48 до 60 лет появлялась раздражительность, развивалась половая слабость, они физически быстро слабели, снижалась трудоспособность и пр. После прекращения лечения синэстролом указанные явления исчезали.

Несмотря на обратимость этих явлений, без крайней нужды не следует подвергать мужчин в среднем возрасте такой опасности.

Метод лечения аденомы предстательной железы рентгеновыми лучами в виду неопределенных результатов распространения не получил. Ряд авторов /Б.Ф.Златман, Т.Г.Бергман, Л.И.Дунаевский и Манучаровах, применявшие этот метод лечения, указывает, что рентгенотерапия совершенно не дает эффекта в поздних стадиях болезни, когда имеются явления атонии мочевого пузыря. В начальной стадии болезни, по данным этих авторов, от рентгенотерапии у некоторой части больных уменьшаются дизурические явления, иногда исчезают

императивные позывы. У оперированных больных, подвергавшихся ранее рентгенотерапии, при гистологическом исследовании ткани удаленных аденом не обнаруживалось атрофического процесса. Аналогичные результаты были получены Н.С.Гальпериным, Е.Д.Дубовым и др.

Таким образом, в настоящее время мы не знаем никаких средств, которые действовали бы против увеличения предстательной железы. Уменьшить аденоматозную железу гормонопрепаратами и другими консервативными методами невозможно. Поэтому основным и наиболее радикальным методом терапии аденомы предстательной железы в настоящее время является метод хирургического лечения ее. Полное удаление аденомы предстательной железы предупреждает превращение ее в злокачественное новообразование, дает наилучший функциональный результат как непосредственно после операции, так и в поздние периоды /многие годы/, при сравнительно низком проценте летальности /от I до 3%/.

2. Собственный материал

Несмотря на то, что за последние восемь лет стал выдвигаться метод гормональной терапии, однако, как указывалось выше, по отзывам большинства авторов /Г.Я.Алапин, И.И.Соболев, И.П.Фрумкин, И.Н.Шапиро, Б.В.Ключарев и др./ он не может обеспечить успех в поздней стадии болезни /III/, а ею страдает подавляющее большинство больных, поступающих в урологический стационар.

Анализ нашего клинического материала, охватывающий 21 случай, показывает, что от лечения синэстролом по мето-

дике А.Б.Топчан и А.А.Померанцева улучшение акта мочеиспускания у больных наступало лишь в начальных стадиях болезни и носило временный характер. В разные периоды лечения синэстролом у них наступала задержка мочи, часто внезапно. Всем им была произведена операция аденомэктомии.

II больным, наряду с синэстролотерапией /по методике Топчан и Померанцева/ был наложен надлобковый свищ, пузырю предоставлялся достаточный покой. Однако, мочеиспускание у них не восстанавливалось и все эти больные нами были также оперированы.

Изучение нашего патолого-анатомического материала показывает, что под влиянием синэстрола, применяемого для лечения больных аденомой предстательной железы, в тканях аденомы происходят некоторые морфологические изменения. Они касаются атрофии части железистых комплексов с последующим замещением их соединительнотканномышечной стромой. Несмотря на эти изменения в аденоме, убедительных доказательств в пользу уменьшения веса и размеров ее мы не получили. При операции аденомэктомии мы могли отметить наличие сращений между аденомой и ее ложем, значительно затрудняющих оперативное вмешательство. Наличие этих сращений, по нашему мнению, приводит к грубым анатомическим изменениям в шейке мочевого пузыря, его сфинктера. В результате нарушается функция как в смысле замыкания, так и открытия его. Поэтому рассчитывать на длительное нормальное восстановление акта мочеиспускания при лечении больных синэстролом нет никаких оснований.

Неполноценность синэстролотерапии позволяет проблему

оперативного лечения аденомы предстательной железы в настоящее время считать актуальной. Аденомэктомия избавляет больного от вызываемых аденомой расстройств функций организма и сопряженных с ней угроз для жизни человека.

В 1929 году Б.Н.Хольцов писал: "Если принять в соображение, что 14-20% больных гипертрофией простаты обречены в будущем иметь рак и прибавить эту перспективу к создаваемым гипертрофией предстательной железы другим угрозам для жизни больного, то и для самих предубежденных должна стать очевидной необходимость удаления гипертрофированной железы в ранней стадии ее появления. Оно и явится самым радикальным профилактическим мероприятием".

Эта точка зрения и тактика являются прогрессивными и не могут встретить возражений. Они разделяются подавляющим большинством авторов /А.П.Фрумкин, И.Н.Шапиро, А.П.Цулукидзе, М.С.Рабинович, И.И.Соболев и др./ и в настоящее время. Вместе с тем, из этого не следует, что оперировать надо во всех случаях, без учета индивидуальных особенностей организма, реактивности его, стадии болезни и пр. Это обязывает врача детальнее обследовать больного, сделать правильную оценку состояния его и в зависимости от этого ставить показания к радикальному хирургическому лечению. При развитии же угрожающих жизни осложнений — надо спасать жизнь больного /отведение мочи через надлобковый свищ/.

Необходимо учитывать, что хотя аденома предстательной железы в начале своего развития протекает в большинстве случаев благоприятно, но в конце концов она рано или поздно приводит к смерти. 50% всех неоперированных больных

в III стадии скоро умирают от различного рода осложнений
/М.И.Крепс/.

Методы консервативного лечения и оперативные вмешательства: вазэктомия, везикопексия, электрорезекция простаты и др. недостаточно эффективны. Единственно радикальным методом лечения аденомы предстательной железы является полное удаление аденомы.

За 5 лет /1949-1953/ через урологическое отделение прошло 226 больных.

По видам лечения наблюдавшиеся нами больные распределяются следующим образом:

Таблица 4I

Годы	Колич. боль- ных	Консер- вативное лечение		Оперативное лечение					
		Кол.	%	Новокаин. блок		Только эпи- цистостомия		Аденом- эктомия	
				Кол.	%	Кол.	%	Кол.	%
1949	25	3	-	-	-	6	-	16	-
1950	32	7	-	-	-	7	-	18	-
1951	59	6	-	-	-	21	-	32	-
1952	43	4	-	-	-	11	-	28	-
1953	67	9	-	1	-	7	-	50	-
Итого:	226	29	12,85	1	0,4	52	23,05	144	63,7

из приведенной таблицы видно, что консервативному лечению подверглось 12,85% больных. В состоянии III стадии болезни было 18 человек, из которых 9 отказалось от хирургического вмешательства и выписались из урологического отделения с остаточной мочей.

У 8 больных от применения регулярной катетеризации,

антибиотиков общее состояние их улучшилось, количество остаточной мочи снизилось у некоторых до 50-75 мл. От операции аденомэктомии они также отказались. Один больной умер. У трех больных при II и у восьми при I стадии после консервативного лечения дизурические явления исчезли. Они были выписаны клинически здоровыми.

Одному больному при полной хронической задержке мочи /III ст./ лечение проводилось новокаиновым блоком по А.С.Малькову. Мочеиспускание у него восстановилось. До поступления в урологическое отделение он проходил курс лечения большими дозами синэстрола, от которого наступало улучшение акта мочеиспускания на непродолжительное время /на 2-3 недели/. Оперативное вмешательство ему было противопоказано в связи с органическими изменениями сердца /состояние после инфаркта миокарда/.

Приводим выписку из истории его болезни № 5148.

Больной Ч., 68 лет, поступил в урологическое отделение 12/X-53 г. с жалобой на задержку мочи, боли внизу живота, запоры.

В течение последних трех лет страдал затрудненным, учащенным и болезненным мочеиспусканием. Дизурические явления периодически обострялись. 3 дня тому назад наступила полная задержка мочи после переохлаждения, будучи на охоте. В ноябре 1952 года была однократная задержка мочи, связанная также с переохлаждением. С января 1953 года проходил курс лечения большими дозами синэстрола /2000 мг/, мочеиспускание улучшилось. Дальнейший прием последнего прекратил из-за болей в области сердца. После месячного улучшения акта мочеиспускания вновь наступило резкое затруднение его. Курс лечения синэстролом повторил, но улучшение мочеиспускания продолжалось не более двух недель, за грудные боли повторились, развилась общая слабость. В дальнейшем еще повторил лечение синэстролом, но мочеиспускание оставалось затрудненным и болезненным. Инфаркт миокарда 5 лет тому назад. Часто находился на лечении в терапевтическом стационаре.

Объективно. Больной тучен. Беспокоен от болей ввиду задержки мочи; выраженные позывы к мочеиспусканию. Кожные

покровы чистые. Язык суховат, не обложен. Пульс 76 ударов в минуту. Артериальное кровяное давление 130/75 мм ртутного столба. Тоны сердца глухие, границы его расширены; в легких ничего особенного. Рентгенологически: аортокардиосклероз, пневмосклероз. Живот вздут, болезнен ниже пупка. Почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Органы мошонки без отклонения от нормы. Губки наружного отверстия уретры отечны, гиперемированы. Предстательная железа увеличена, задний край ее едва достигается исследующим пальцем; обе доли равномерно увеличены, поверхность их гладкая, плотной консистенции, безболезненная.

Анализ крови: Нв 64%, РОЭ 12 мм в I час. Лейкоциты 8800, формула без изменений /эозинофилов 3%/.

Остаточный азот крови 37 мг %.

Анализ мочи: мутная, кислой реакции; удельный вес 1016 /разовый/; лейкоциты 25-30 в поле зрения, эритроциты - 5-10 в поле зрения. Оксалаты в большом количестве.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы. Полная задержка мочи. Аортокардиосклероз. Пневмосклероз.

В день поступления моча у больного выпущена катетером.

13/X-1953 года произведен паравезикальный новокаиновый блок по Малькову /0,25% новокаина в количестве 80 мл/. Катетеризация уже не проводилась. Вечером больной помочился самостоятельно, количество выпущенной мочи 100 мл. На вторые сутки мочился самостоятельно малыми порциями и часто /через 15-30 минут/. На 3-е сутки стал мочиться несколько реже, разовая порция мочи увеличилась.

15/X новокаинизация в том же плане повторена. Акт мочеиспускания с каждым днем улучшался, боли при этом стихали, а разовая порция мочи увеличилась, достигала 200 мл.

20/X новокаинизация повторена третий раз. К 24/X мочеиспускание восстановилось, боли стихли совсем. Выписан больной из клиники 24/X-1953 года без остаточной мочи в хорошем состоянии.

Этот пример служит доказательством того, что метод неспецифической терапии может оказать известную пользу. Его следует применять в случаях, когда операция аденомэктомии противопоказана в связи с тяжелыми органическими заболеваниями других органов и систем организма. Разумеется, выводы из одного наблюдения следует делать осторожно, ибо

мы не можем сказать в каких случаях и насколько долго будет действовать это благотворное влияние новокаина и в чем сущность такого поразительного эффекта.

Следует отметить, что в основе предложенных А.В.Вишневским методов неспецифической терапии лежат механизмы "⁶включения и раздражения нервов". Мы полагаем, что действие новокаина связано с его нейротропными свойствами, от которого снижается фаза патологических рефлексов с интерорецепторов, в частности с мочеполовой сферы. Этим можно объяснить положительный эффект от новокаиного блока у нашего больного.

Метод этот, безусловно, заслуживает внимания и дальнейшего применения его. Мы его применяем при некоторых урологических заболеваниях /энурез, болевой цистит, простатит, аденома/ и всякий раз получаем благоприятный эффект.

52 больным, поступившим с острой задержкой мочи, при наличии ряда угрожающих жизни осложнений /уросепсис, уремия/ и имеющим заболевания других жизненно важных органов, мы наложили лишь надлобковый мочепузырный свищ, который у 40 из них был оставлен постоянно.

Среди 52 больных 26 человек были в возрасте от 60 до 70 лет, 25 - от 71 до 80 лет и один - старше 80 лет. У 17 больных аденома осложнилась уросепсисом и уремией. У остальных - наблюдалась парадоксальная ишурия, цистит и уретрит.

Клинико-рентгенологическим исследованием у всех этих больных были выявлены в той или иной степени органические изменения со стороны органов грудной клетки, нередко в стадии недостаточности сердца.

Анализ нашего материала показывает, что в борьбе с задержкой мочи, мочевого инфекцией и интоксикацией организма наиболее эффективными мероприятиями являются отведение мочи через надлобковый свищ, пенициллинотерапия, сульфамиды, сердечные и общеукрепляющие организм средства и т.д.

К эпицистостомии приходилось прибегать чаще всего, так как в 87% случаев в наше урологическое отделение поступали больные в состоянии III стадии болезни, часто с различного рода осложнениями.

Надлобковым свищем устраняется повышенное внутрипузырное давление, устраняется инфекция мочевых путей, тем самым улучшается функция почек, снимается интоксикация организма, улучшается общее состояние больного.

Из самых распространенных способов отведения мочи является катетеризация или постоянный катетер, к которым приходится прибегать в первые дни пребывания в стационаре больного. Однако, в большинстве случаев эти способы бывают технически невыполнимыми, так как уретра при аденоме меняет свое направление: обычное дугообразное направление, вследствие растущих аденоматозных узлов, придает ей прямой угол, а это, в свою очередь, при попытке провести катетер /металлический/ легко приводит к разрыву уретры с образованием ложного хода. На нашем материале образование его наблюдалось 16 раз. Кроме того, отведение мочи постоянным катетером или катетеризацией нередко ведет к развитию осложнений: уретрит, цистит и пр. Поэтому многие урологи от применения последних отказались.

В настоящее время общепринятым способом отведения

мочи считается наложение налобкового свища. Он дает достаточный дренаж мочевых путей. Этот способ основан на том, что пузырю и почкам создаются максимальный покой, устраняется инфекция мочевых путей, интоксикация организма, на что указывал еще в 1910 году Б.Н.Хольцов.

При выполнении этой операции следует руководствоваться следующими правилами:

1. Свищ надлежит накладывать по возможности ближе к верхнему углу раны, избегая сильное стягивание прямых мышц живота, к которым подшивается пузырь. Это необходимо, во-первых, потому, что при низком расположении свища после сокращения опорожненного пузыря свищевое отверстие уходит под лобок и в случае нагноения раны обычно инфицирует^{ся} реттцивное пространство, во-вторых, при необходимости повторного вмешательства на пузыре /при удалении аденомы/, при высоком расположении свища расширение его будет значительно более легким, что дает возможность оперировать под контролем глаза, а большие опухоли удалять свободно, в-третьих, сильное стягивание прямых мышц живота препятствует заживлению пузырного свища.

2. При обнажении мочевого пузыря нужно стремиться как можно меньше выделять его из окружающих тканей.

3. С целью устранения затекания мочи между стенкой пузыря и введенным в него дренажем отверстие в пузыре надо делать по возможности узким, чтобы стенка его, сократившаяся после опорожнения, плотно охватывала трубку. Широкое вскрытие пузыря допустимо только в тех случаях, когда имеется подозрение на опухоль или наличие камней в нем.

4. Зашивать рану пузыря следует узловыми кетгутовыми швами. Кисет и полукисет следует избегать, так как при сильном затягивании которых появляется выпячивание слизистой оболочки пузыря /образуется губовидный свищ/, что нередко является причиной незаживления свищей после аденомэктомии.

5. Область свища должна быть хорошо изолирована от тазовой и брюшной клетчатки. С этой целью стенку пузыря плотно подшивают к прямым мышцам, чтобы в окружности свища между ним и брюшной стенкой не оставалось щелей. В противном случае создаются условия для образования флегмоны паравезикальной области и брюшной стенки. Подобное осложнение мы наблюдали у двух больных.

Приводим в качестве примера одно из этих наблюдений.

Больной Ш., 64 лет /ист.бол. № 876/, поступил в урологическое отделение 28/III-1951 года с задержкой мочи на почве аденомы предстательной железы. Дизурическими расстройствами он страдал в течение последних 3-х лет.

При клиническом обследовании установлено: общее состояние больного средней тяжести, имеется полная задержка мочи. Предстательная железа значительно увеличена в размерах, эластической консистенции, поверхность ее гладкая.

Рентгенологически со стороны органов грудной клетки обнаружены возрастные изменения.

С 28/III по 10/IV больному проводилось консервативное лечение: регулярная катетеризация, пенициллинотерапия, сердечные средства. От этого лечения эффекта не наступило.

10/IV-1951 года под местной анестезией произведена операция эпицистостомии.

Послеоперационное течение осложнилось парациститом, затем на 5 сутки развилась флегмона брюшной стенки, наступил тромбоз тазовых сосудов и на 9 сутки после операции больной скончался. При аутопсии было установлено, что причиной смерти послужил разлитой перитонит.

6. Желательно с первого дня после операции промывать мочевой пузырь, чтобы устранить возможность застоя мочи в

нем. Как бы ни хорошо функционировал надлобковый дренаж, в пузыре всегда остается некоторое количество остаточной мочи, в чем мы неоднократно убеждались на собственном материале.

Своевременное отведение мочи, несомненно, является самым важным этапом в лечении аденомы предстательной железы. Без этого мероприятия вряд ли можно рассчитывать на благоприятный исход заболевания и его осложнений.

Однако одного наложения надлобкового свища не всегда бывает достаточно для того, чтобы устранить мочевую инфекцию. Применение лекарственной терапии: антибиотиков, тонизирующих средств /глюкоза, стрихнин и др./ способствует организму лучше справиться с инфекцией.

Кроме того, при лечении больных большое значение мы отводим "выхаживанию" их. У больных как до I этапа операции, так и после операции введение пенициллина, 40% раствора глюкозы внутривенно, вливание физиологического раствора или 5% раствора глюкозы под кожу капельным методом /до 2 и больше литров в сутки/ быстро ведет на убыль воспалительный процесс, снижается интоксикация организма, понижается температура, появляется аппетит и сон, они становятся бодрыми и скоро поправляются.

Мы полагаем, что надлобковый свищ в сочетании с медикаментозной терапией обеспечивает наилучший исход при полной задержке мочи на почве аденомы предстательной железы. Применение комплексного терапевтического лечения в сочетании с надлобковым свищем у наших больных способствовало снижению летальности после операции эпицистостомии до 9,21%.

При этом необходимо отметить, что по литературным данным после операции эпицистостомии летальность достигает 30-50% /А.П.Цулукидзе, А.Мир-Касимов, Я.З.Пикус и др./.

144 /63,7%/ больным мы произвели полное удаление аденомы предстательной железы чрезпузырным методом: одномоментно по С.П.Федорову у 13 больных /10- при II и 3- при III стадиях болезни/ и двухмоментно по Б.Н.Хольцову у 131 больного /8 были в состоянии II стадии, 123- при III стадии болезни/.

Относительно показаний и противопоказаний к аденомэктомии, как мы видели выше, они определялись довольно рано /1908-1910/. Однако, много позже, на ХУП съезде Российских хирургов /1925/ Р.М.Фронштейн суживал показания к аденомэктомии на том основании, что после консервативного лечения мочеиспускание восстанавливается. Поэтому автор считал, что аденомэктомия должна применяться лишь после длительной консервативной терапии. На состоявшемся 21 съезде Российских хирургов /1929/ в отношении показаний к аденомэктомии все авторы пришли к единому мнению, по которому радикальное оперативное вмешательство показано при следующих условиях:

1. Аденома предстательной железы во II и III стадии;
2. Невозможность проведения паллиативного лечения вследствие затруднений катетеризации, болей и гематурии при этом;
3. Камни мочевого пузыря;
4. Инфекция мочевых путей /уретрит, цистит, пиелит и проч./;
5. Острая и хроническая задержка мочи с растяжением

мочевых путей, когда катетеризация не облегчает симптомов болезни.

За самое широкое применение надлобковой аденомэктомии на XXI съезде Российских хирургов /1929/ высказались А.Я.Абрамян, В.П.Ильинский, Б.В.Шолков, А.А.Чайка и др.

Указанные авторы считают, что:

1. Ранняя аденомэктомия является профилактической против всех осложнений этой болезни;

2. Раннее оперативное вмешательство представляет меньшую опасность для жизни больного и дает лучший послеоперационный исход;

3. Техника подготовительного периода и самой операции легче, а послеоперационный период проще, чем в поздних стадиях болезни;

4. Ранняя аденомэктомия не имеет такого большого количества противопоказаний, как поздняя, за исключением противопоказаний для всякой операции вообще.

С выводами этих авторов приходится согласиться и сейчас, так как положения, выдвинутые четверть века назад, оправдываются результатами операции аденомэктомии. Однако мы считаем, что к каждому больному аденомой предстательной железы надо подходить строго индивидуально, с учетом его общего состояния, возраста, сопутствующих заболеваний других органов, функциональной способности почек, состояния сердечно-сосудистой деятельности, так как сама по себе операция аденомэктомия является не легким оперативным вмешательством. Необходимо помнить, что при длительно проводимой консервативной терапии теряется драгоценное время, при

которой совершенно не приостанавливается течение болезни, а последняя прогрессирует и запоздавшая операция надлобкового свища тогда не может уже спасти больного от смерти. Тот высокий процент летальности /от 30% до 50%/ после надлобкового свища является следствием потери времени на консервативную терапию /катетеризация, постоянный катетер и пр./.

Наши больные в большинстве случаев поступали с задержкой мочи в третьей стадии болезни. Наложение надлобкового свища было у 141 больного /8 при II стадии, 133 - при III стадии болезни/. У всех у них аденома предстательной железы протекала с разного рода осложнениями. На первом месте по частоте осложнений была полная задержка мочи, нередко с почечной недостаточностью, затем интоксикация организма вследствие инфекции мочевых путей, уросепсис и т.д. Естественно, что при таких условиях оперативное вмешательство может быть только в два этапа по Б.Н.Хольцову.

В плане лечения наших больных мы уделяем внимание разгрузке мочевых путей. С этой целью с первых дней поступления больного в клинику мы применяем ему регулярную катетеризацию, пенициллинотерапию, тонизирующее организм лечение - сердечные средства, глюкозу внутривенно или под кожу капельным методом, стрихнин, средства, благоприятно действующие на центральную нервную систему /бромиды, люминал и др./.

После такой подготовительной терапии в течение первых шести суток мы накладываем больным надлобковый свищ, который дает возможность окончательно разгрузить мочевые

пути и быстрее вывести больных из тяжелого состояния. Однако, необходимо указать, что значительная часть больных нами оперируется в первый или второй день пребывания их в урологическом отделении. Это вызвано тем, что необходимость постоянного отведения мочи являлась особенно настоятельной, а общее состояние больных допускало оперативное вмешательство. Наложение надлобкового свища в первые двое суток практикуется нами и в том случае, когда заведомо известно, что единственным спасением для больного, наряду с антибиотиками и сердечными средствами, является достаточный дренаж мочевого пузыря, особенно при острой форме течения аденомы предстательной железы и др. осложнениях /ложный ход, камни, уросепсис, парадоксальная ишурия/. В этих случаях катетеризация уже не может выполнить роль лечебного фактора.

День наложения надлобкового свища у наших больных представлен таблицей 42, из которой видно, что свищ накладывался, как правило, в течение первого - третьего дня, реже после шестого дня.

Таблица 42

	В день поступления	День наложения надлобкового свища												Всего случаев
		I	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	До 25	
Колич. случаев	21	31	22	25	8	6	11	2	1	2	4	-	11	144

В зависимости от общего состояния больного мы приступаем к производству второго этапа операции - аденомэктомии.

Между первым и вторым этапами операции мы продолжаем применять медикаментозную терапию /антибиотики и общеукрепляющие средства/.

Показаниями для второго этапа операции мы считаем следующее:

1. Прекращение мочевого интоксикации, улучшение функции почек и общего состояния больного;
2. Отсутствие противопоказаний для всякой операции вообще.

Вопрос об интервале между первым и вторым этапами операции окончательно не решен. Б.Н.Хольцов рекомендует производить второй этап через 3-4 недели. По данным И.Н.Шапиро интервал между этапами операции составляет в среднем от 3 до 6 недель. Рубрициус предлагает при двухмоментной аденомэктомии в 6-8 дней. А.П.Цулукидзе указывает, что сроки эти могут быть различны и зависят от многих причин.

В отношении интервала между I и II этапом операции мы не проявляем поспешности на том основании, что наши больные поступали в урологическое отделение слишком поздно и в запущенном состоянии, а 37,1% из них - с острым клиническим течением болезни. В этом состоянии у больных имеют место выраженные анатомические изменения пузырярной мышцы и нарушение функции почек, а также интоксикация организма. Мы полагаем, что при доброкачественном течении болезни лучшим временем производства II этапа 3-ю и 4-ю недели. За этот период в достаточной степени стихают явления мочевого интоксикации, улучшается функция почек и пузырярной мышцы.

Общее состояние больного при этом позволяет приступить к операции аденомэктомии и переносится им относительно легко.

Интервал между I и II этапами по данным нашего материала представлен таблицей 43.

Таблица 43

Интервал между I и II этапами операции в днях, месяцах, годах	Число случаев	Процент	
от 7 до 9 дней	2	1,52	54,67%
от 12 до 16 дней	15	10,45	
от 16 до 20 дней	21	16,4	
от 21 до 25 дней	20	16,3	
от 26 до 30 дней	13	10,0	
от I до 2 месяцев	20	15,3	45,33%
от 2 до 6 месяцев	30	22,35	
от 7 до 8 месяцев	5	3,85	
от 2 до 3 лет	2	1,52	
от 3,5 до 5 лет	3	2,31	
Итого	131	100	

Из настоящей таблицы видно, что интервал между I и II этапами операции по Хольцову колеблется в широких пределах. Между 2-4 неделями аденомэктомия производилась в 54,67% случаев. В эту группу мы отнесли тех больных, у которых течение болезни было доброкачественным. Вторую группу составили 45,33% больных, у которых аденома предстательной железы осложнялась уросептическим состоянием. Кроме того, в эту группу мы отнесли больных лечившихся синэстролом в промежутке между I и II этапами операции, но у которых,

несмотря на предоставленный пузырю надлобковым свищем покой, мочеиспускание не восстановилось. Этих больных было II. Интервал между операциями был от 6 мес. до 5 лет.

Из IZI больного, оперированного нами по Б.Н.Хольцову, умерло 2 человека. Причиной смерти одного на 5 день после операции послужил инфаркт миокарда, у другого — на 6 день — тромбоз вен системы нижней полой вены. Возраст больных был сравнительно молодой /55 и 57 лет/.

Техника операции аденомэктомии состоит в следующем.

Нами применяется обычная энуклеация аденомы предстательной железы. Для рассечения над аденомой слизистой оболочки мочевого пузыря мы пользуемся перстневидным ножом. По своей конструкции он прост, работать им удобно и безопасно. Острие ножа 8 мм. Такого острия вполне достаточно для того, чтобы рассечь над аденомой слизистую оболочку пузыря и проникнуть в анатомический слой железы пальцем /фотоснимок 79/. Рубцовая ткань иссекается вокруг пузырного свища до самой пузырной стенки, не обнажая ретциево и паравезикальное пространство. После освобождения от рубцовых сращений, передняя стенка пузыря рассекается на 3-4 сантиметра /до проходимости 2-3 пальцев/. После этого указательный палец правой руки погружается в полость пузыря, а указательный палец левой руки вводится в прямую кишку. Это дает возможность /бимануально/ свободно определить величину и консистенцию аденомы. Над наиболее выступающей в пузырь частью аденомы, с отступом от внутреннего отверстия уретры на 0,5 - 1 см., длиной до 2 см или вокруг шейки пузыря и глубиной до 0,5 - 1 см, рассекается слизистая



Рис. 79

Перстевидный нож в разных положениях

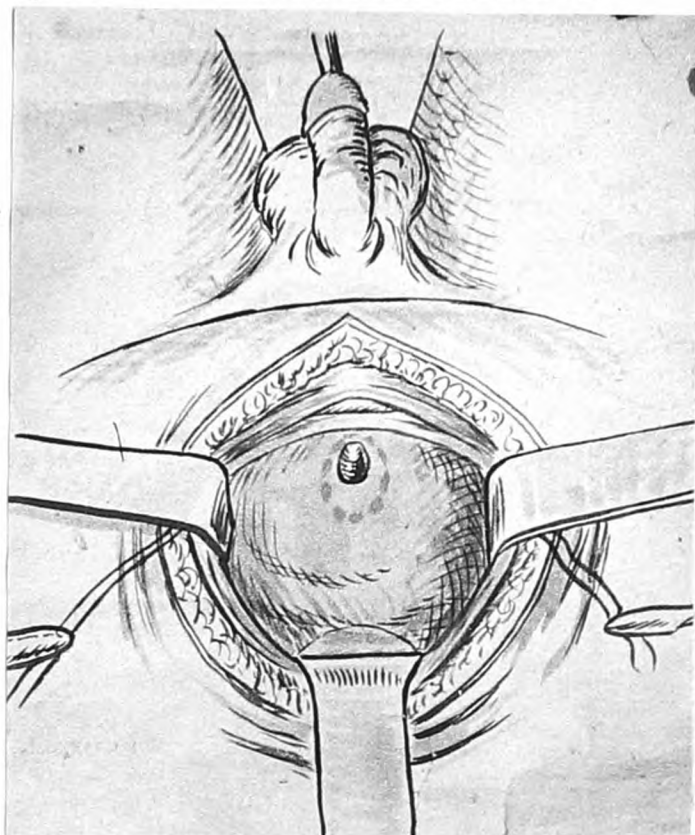


Рис. 80

Пунктиром вокруг устья мочевого пузыря показано
 рассечение над аденомой слизистой оболочки
 /схема/

оболочка /фотоснимок 80/. Расширяя рану слизистой оболочки и освобождая аденому по всей ее поверхности /фотоснимок 81/ мы, помогая левым указательным пальцем со стороны прямой кишки /фотоснимок 82/, проталкиваем ее в полость пузыря, откуда при помощи геморроидального зажима извлекаем аденому. Иногда приходится пересекать уретру у самой опухоли ножницами.

Вылущение аденомы предстательной железы не представляет особых затруднений, так как она находится достаточно изолированно от самой железы. И только иногда встречаются случаи, когда вылущение аденомы сопряжено с некоторыми трудностями. Плотные сращения могут полностью стереть границы между слизистой оболочкой и железой /что наблюдается при фибро-мио-аденомах/ и тогда приходится прибегать к выстриганию аденомы, а это, в свою очередь, связано с опасностью оставления частей ее, либо повреждения "хирургической" капсулы /применение значительных усилий/, либо повреждения устьев мочеточников.

С весьма большими трудностями мы встретились при вылущении аденомы у большей части больных, лечившихся до операции синэстролом. При этом эти трудности были тем значительнее, чем сильнее выражены были морфологические изменения в аденомах и чем длительнее больной лечился синэстролом.

а/ Особенности вылущения аденомы предстательной железы у больных, лечившихся синэстролом

На особенностях оперирования и частоте тех или иных осложнений во время аденомэктомии, а также на осложнениях в ближайшие дни после операции у больных, лечившихся син-



Рис. 81

Вылущение аденомы предстательной железы
пальцем /схема/



Рис. 82. Указательный палец левой руки помогает
выталкиванию в пузырь аденомы /из И.Н.Шапиро/

эстролом, мы позволили себе остановиться подробно.

Наш операционный материал распределяется на две неравные группы: 112 аденомэктомий, произведенных нами у больных не лечившихся синэстролом, 32 - у лечившихся синэстролом.

Характер вылушения аденомы предстательной железы у больных, лечившихся синэстролом, частоты тех или иных приемов представлен в таблице 44.

Таблица 44

Характер вылушения аденомы простаты	Абсолют. число
Нормальное вылушение аденомы у.....	12
Тупое вылушение аденомы, затрудненное у	20
Из них:	
а/ выстригание опухоли ножницами у....	12
б/ удаление аденоматозных узлов раздельно у	7
/в том числе кускование/	/4/
в/ частичное иссечение предстательной железы у	1
Пересечение уретры ножницами у.....	15

Из приведенной таблицы видно, что из 32 лишь у 12 больных вылушение аденомы предстательной железы было легким. У 20 - оно представляло значительные затруднения, а именно: в 12 случаях в отдельные моменты операция из-за сращений между аденомой и ее ложем мы были вынуждены выстригать аденому ножницами. В 7 случаях аденоматозные узлы удалялись раздельно, а у 4 из них применялся метод

кускования в связи с фиброзом органа. У одного больного /история болезни № 4561/ из-за выраженного фиброза предстательной железы операция закончилась частичным иссечением. В 15 случаях мы отсекали аденому от уретры.

Из лечившихся синэстролом у 9 больных операция сопровождалась профузным кровотечением из простатического ложа. Остановить кровотечение не помогал ни тампон с перекисью водорода, ни тампон с горячим физиологическим раствором, ни с гемостатической губкой. В этих случаях мы применяли переливание крови на операционном столе.

Кроме того, у четырех из девяти больных наступило раннее вторичное кровотечение - у одного через 2 часа, у троих - через 4 часа после операции. У четырех больных появилось позднее вторичное кровотечение /через 2-5 суток/.

Сроки лечения синэстролом у этих больных колебались в широких пределах, что видно из таблицы 45.

Таблица 45

Длительность лечения синэстролом	Колич. боль- ных	Доза синэстрола за курс лечения /в мг/
6 месяцев	I	I720
от 6 мес. до 2 лет...	7	от I620 до 3600
от 2 лет до 5 лет....	I2	от 4I00 до I4000

Вес удаленных аденом колебался в широких пределах: у одного больного 10 гр., у второго - 104 гр., у третьего - 124 гр., у 7 - от 25 до 50 гр. и у 10 больных - свыше 50 гр.

По гистологическому строению ткань IЗ аденом относилась к смешанным формам /адено-фиброзная, адено-мышечная и адено-мио-фиброзная формы/. Однако встречались и железистые формы /7 сл./. В 9 из 20 случаев отмечалась пролиферация эпителия. Вместе с тем в этих аденомах среди преобладающей фибромускулярной стромы как по периферии, так и в центре препарата мы находили различного диаметра кровеносные сосуды, стенки которых были нередко утолщены, с зияющим просветом.

Между тем из 99 у 92 больных, не леченных синэстролом, аденома предстательной железы вылу^{сь}щала целиком и относительно легко. У семи больных тупое вылу^{сь}щание аденомы было затрудненным. О тринадцати больных сведений нет.

При гистологическом исследовании этих семи аденом оказалось, что четыре из них относились к смешанным формам /аденофиброма, адено-мио-фиброма/ и три - к малигнизации предстательной железы.

Об особенностях вылу^{сь}щания аденомы предстательной железы, интенсивности кровотечения во время операции приводим в качестве примера следующие наши наблюдения у больных, лечившихся синэстролом.

I. Больной Ш., 59 лет /ист.бол. № 4237/, поступил в урологическое отделение 9/УШ-1950 г. с направительным диагнозом "Опухоль мочевого пузыря. Полная задержка мочи".

Анамнез. В течение 10 месяцев больной страдал затрудненным мочеиспусканием. Обращался к врачу, который нашел увеличение предстательной железы. По совету того же врача больной провел лечение синэстролом по схеме Топчан и Померанцева. За курс лечения ему введено 4100 мг синэстрола. От указанного лечения улучшения акта мочеиспускания не наступило. 5 дней тому назад после употреб-

ления алкоголя наступила острая задержка мочи, которая и привела больного в урологическое отделение.

Объективные данные. Общее состояние больного тяжелое, пассивен. Язык сухой, обложен. Пульс 78 ударов в I минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное кровяное давление 145/80 мм ртутного столба. Тоны сердца притуплены, границы его без особенностей. В легких — влажные хрипы. Живот обычной формы. Почки не прощупываются, область их безболезненная. Мочевой пузырь переполнен от мочи и достигает до пупка.

После отмывания уретры, металлическим катетером выведено 2300 мл мутной с примесью крови мочи. Предстательная железа больше грецкого ореха, с гладкой поверхностью, туго эластической консистенции, безболезненная.

Анализ крови: Нв — 74%; лейкоциты 12300; РОЭ — 45 мм в час. Остаточный азот крови 46 мг %.

Анализ мочи: цвет воды мясных помоев, кислой реакции; удельный вес по Зимницкому 1012—1015, белок — 9,9%; лейкоциты — большое количество в поле зрения.

Рентгенологически: легкие эмфизематозно-расширены. Увеличение левого желудочка сердца; нисходящий отдел аорты сужен.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы III ст. Полная задержка мочи. Интоксикация организма.

Ввиду отказа от операции больному в течение двух недель проводилось консервативное лечение /катетеризация, промывание мочевого пузыря, сульфамиды и пр./. От указанного лечения мочеиспускание не восстановилось, общее состояние больного ухудшилось и больной был вынужден согласиться на операцию, которая и была ему произведена 23/III—1950 г. под местной анестезией /I этап/.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

12/IX—1950 г. под спинномозговой анестезией ему произведена операция II этапа — аденомэктомия.

Ввиду наличия обширных сращений между аденомой и окружающими тканями, удаление опухоли производилось методом кускования. В отдельные моменты операции мы пользовались для отсечения аденоматозных узлов ножницами. Операция сопровождалась профузным кровотечением. С целью остановить его мы применили тампон с гемостатической губкой.

Послеоперационное течение осложнилось на 13-й день развитием левостороннего эпидидимита и образованием губовидного надлобкового свища.

На 28-й день после операции II этапа /10/XI/ произведено зашивание свища. 25/XI больной выписан клинически здоровым; мочеиспускание через канал самостоятельное.

При гистологическом исследовании ткани удаленной аденомы была обнаружена железистая форма аденомы предстательной железы с наличием выраженного фиброза по периферии препарата.

Интервал между прекращением введения больному синэстрола и аденомэктомией — 30 дней.

2. Больной З., 54 лет /ист.бол. № 6631/, поступил в урологическое отделение 26/ХП-1950 года с диагнозом: "Гипертрофия предстательной железы. Грипп".

Анамнез. В течение 3 месяцев больной страдал затрудненным мочеиспусканием. После консультации с урологом ему проведено лечение синэстролом по схеме Топчан и Померанцева. Амбулаторно за курс принял 4100 мг синэстрола. Улучшения от этого лечения не наступило, наоборот, болезнь прогрессировала.

При поступлении в урологическое отделение состояние больного было средней тяжести. Видимые слизистые оболочки и кожные покровы чистые. Язык влажный, не обложен. Пульс 74 удара в минуту, удовлетворительный. Объективно со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы нет. Рентгенологически — в области верхушек легких видны петрификаты. Живот обычной формы, мягкий; почки не прощупываются, область их свободная. Предстательная железа размером до куриного яйца, выстоит в просвет прямой кишки с гладкой поверхностью, плотной консистенции, безболезненная; центральная борозда ее сглажена. Из уретры выделяется гной, губки ее отекающие, гиперемизированы. Остаточной мочи 70 мл.

На цистограмме мочевого пузыря конусовидный, небольших размеров, стенки его ровные.

Анализ крови: отклонений от нормы нет.

Анализ мочи: мутного цвета, кислой реакции, удельный вес 1021, лейкоциты покрывают все поле зрения; кристаллы щавелево-кислой извести.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы II ст. Гнойный уретрит.

С 26/ХП-1950 г. по 5/І-1951 г. больному проводилось консервативное лечение: промывание мочевого пузыря, сульфамиды /альбуцид натрия по 0,5 через 4 часа/ и пр.

От указанного лечения дизурические явления не стихли.

Показаниями к оперативному лечению явилось: I/ неполная задержка мочи, 2/ резко выраженные дизурические расстройства и 3/ острый гнойный уретрит.

5/І-1951 г. под спинномозговой анестезией больному произведена одномоментная надлобковая аденомэктомия.

Особенности операции заключались в том, что ввиду фиброза предстательной железы вылушивание аденомы произво-

дилось то тупо, то в некоторые моменты операции мы пресекали сращения ножницами. Операция сопровождалась профузным кровотечением из простатического ложа. С целью гемостаза простатическое ложе было затампонировано марлевой полосой; перелито 200 гр. 0/1/ группы крови.

На четвертые сутки после операции наступило вторичное кровотечение /позднее/, затем послеоперационное течение осложнилось септическим состоянием. В связи с этим была проведена пенициллинотерапия. За курс введено 4,5 мл пенициллина, применялись также сульфамиды, глюкоза в/венно, сердечные средства.

Надлобковый свищ закрылся на 25 день после операции самостоятельно. 5/II-1951 г. больной выписан из урологического отделения без остаточной мочи, клинически здоровым.

Удаленная аденома плотной консистенции, с обрывками капсулы, весом 47 граммов.

Гистологически- железисто-мышечная форма аденомы предстательной железы /преп.5999/.

18/XII-1951 г. наш пациент был на консультации в урологическом отделении. Он сообщил, что мочится затрудненно и с резами в уретре. При исследовании пальцем через прямую кишку предстательная железа увеличена в размерах.

В мае 1952 г. он поступил в урологическое отделение повторно. Был обнаружен фиксированный камень в простатическом ложе. Ему произведено высокое сечение мочевого пузыря. Камень удален.

На нашу анкету от 14/III-1954 года наш бывший больной ответил, что мочится через канал свободно, здоров и работает.

3. Больной К., 68 лет /ист.бол. № 2980/, поступил в урологическое отделение 6/VI-1952 года с диагнозом: "Гипертрофия предстательной железы. Надлобковый моче-пузырный свищ".

Анамнез. В конце 1949 года был наложен надлобковый свищ по поводу острой задержки мочи, наступившей на почве аденомы предстательной железы. После того прошел курс синэстролотерапии по схеме Топчан и Померанцева. Принял 4100 мг препарата. В мае 1950 года резиновая трубка из пузыря удалена; надлобковый свищ закрылся самостоятельно. В мае 1952 г. повторно наступила острая задержка мочи, по поводу чего 9/V был восстановлен надлобковый свищ.

После клинического обследования 10/VI-1952 г. больному под спинномозговой анестезией произведена операция аденомэктомии. Аденома вылушалась с трудом по частям и с применением ножниц. Пузырь дренирован толстой резиновой трубкой /рис.83/. Рана зашита, кроме места дренажа.

Через 4 часа после операции появилось профузное кровотечение из простатического ложа. От внутривенного введения хлористого кальция и витамина "К" кровотечение не остановилось. С целью гемостаза больному перелито струйным методом 200,0 0/1/ гр. крови. Кровотечение остановилось. После этого в дальнейшем течение болезни было без осложнений. На 14-й день удалена резиновая трубка из мочевого пузыря. Через 18 дней мочеиспускание восстановилось. Окончательно свищ закрылся на 20-й день после операции, а на 21-й день больной выписан домой для амбулаторного лечения.

Удаленная аденома плотной консистенции, весом 46 граммов. Гистологически - адено-мышечная форма аденомы предстательной железы /препарат 7654/.

Интервал между прекращением лечения синэстролом и операцией аденомэктомии 2 года.

4. Больной Е., 57 лет /ист.бол. № 2193/, поступил в урологическое отделение 22/IV-1952 года с диагнозом: "Аденома предстательной железы, надлобковый свищ".

Анамнез. Затрудненное мочеиспускание в течение 8 месяцев. Лечился синэстролом. За курс принял 1800 мг препарата. От лечения последним улучшения не наступило. I/П-1952 г. после употребления алкоголя наступила острая задержка мочи. В районной больнице лечение проводилось катетеризацией, но мочеиспускание не восстановилось. Болезнь прогрессировала, в виду чего в той же больнице ему 16/П-1952 г. был наложен надлобковый мочепузырный свищ.

При поступлении в урологическое отделение общее состояние больного было удовлетворительным. Надлобковый свищ функционировал.

Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы не было. Живот мягкий, безболезненный. Почки не прощупываются, область их болезненная. Наружные половые органы развиты правильно. Исследование предстательной железы через прямую кишку пальцем выявило, что она увеличена до размеров грецкого ореха, с гладкой поверхностью, туго эластической консистенции, безболезненная.

Анализ крови: Нв- 60%, эритроциты 4250000; лейкоциты - 8000; формула - норма. РОЭ- 48 мм в час. Остаточный азот крови от 6/У - 60 мг %, от 9/У- 40 мг %.

Анализ мочи: мутная, щелочной реакции, удельный вес 1006-1011. Лейкоцитов много в поле зрения.

Клинический диагноз: Аденома предстательной железы. Надлобковый мочепузырный свищ.

13/У-1952 г. под спинномозговой анестезией произведена операция аденомэктомии.

После рассечения над аденомой слизистой оболочки тупое вылушение ее было невозможным из-за наличия мощных сращений. Удаление аденомы производилось большей частью выстриганием аденоматозных узлов ножницами. Опухоль уда-

лена полностью. Кровотечение из простатического ложа было умеренной интенсивности; остановилось оно после тампонады ложа.

Послеоперационное течение с 7-дневным периодом повышенной температуры. Применялся пенициллин в инъекциях и другие средства. На 15-й день после операции свищ закрылся, мочеиспускание восстановилось, а на 17-й день больной выписан домой для амбулаторного лечения.

Удаленная аденома оказалась весом 35 граммов. Гистологически - железисто-мышечная форма аденомы предстательной железы /препарат № 7560/. Интервал между прекращением лечения синэстролом и операцией полтора месяца.

5. Больной Ш., 63 лет /ист.бол. № 2039/, поступил в урологическое отделение 14/IV-1953 г. с жалобой на затрудненное, частое мочеиспускание и боли в головке полового члена.

Анамнез. В течение 10 лет страдал затрудненным мочеиспусканием, многократно была задержка мочи, устранялась она катетеризацией мочевого пузыря.

С I/I-1952 г. проходил курс лечения синэстролом по схеме Топчан и Померанцева. Улучшение акта мочеиспускания было лишь во время инъекции препарата. Лечение синэстролом повторял. Всего принял 5300 мг. В виду резко выраженных дизурических расстройств больной поступил на клиническое обследование.

Объективно. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Язык влажный, не обложен. Видимые слизистые и кожные покровы чистые. Пульс 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Кровяное давление 140/75 мм ртутного столба.

Со стороны органов грудной клетки рентгенологически-возрастные изменения. Живот обычной формы, безболезненный. Почки не прощупываются, область их свободная. Наружные половые органы в норме. Предстательная железа при исследовании через прямую кишку пальцем увеличена и достигает среднего размера куриного яйца. Поверхность ее гладкая, плотно эластической консистенции, безболезненная.

Металлическим катетером выведено 150 мл мочи /гной-ного характера/.

Анализ крови: Нв- 70%, эритроциты 4220000; лейкоциты 6000. РОЭ - 12 мм в час.

Анализ мочи: мутная, щелочной реакции, удельный вес 1020, лейкоциты - 50-60 в поле зрения.

Клинический диагноз. Аденома предстательной железы II ст. Острый цистит.

В течение 10 дней в урологическом отделении больному проводилось консервативное лечение: промывание мочевого пузыря, инстилляция его колларголом, стрихнин и пр. После стихания острых явлений цистита 23/IV-1953 г.

под местной анестезией вскрыт мочевой пузырь. При ревизии полости его оказалось, что моча сплошь гнойная со зловонным аммиачным запахом. Пузырь дренирован резиновой трубкой, рана зашита послойно, кроме места трубки.

Спустя 19 дней, т.е. 12/V-1953 года под спинномозговой анестезией произведена операция аденомэктомии.

Особенность настоящей аденомэктомии заключалась в том, что в виду наличия мощных сращений тупое вылушение аденомы было затрудненным. Частично эти сращения рассекались ножницами. Во время операции наблюдалось интенсивное кровотечение из простатического ложа. Кровотечение остановилось после применения тампона с горячим физиологическим раствором. Через 10 часов после операции кровотечение повторилось. Больному произведена трансфузия 200,0 крови, после чего кровотечение остановилось и уже в дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений.

На 12-й день после операции удалена трубка, свищ закрылся на 15-й день, а на 35-й день больной выписан без остаточной мочи клинически здоровым.

Удаленная аденома шаровидной формы, с обрывками капсулы. Вес 57 граммов. Гистологически - пролиферирующая адено-фиброма предстательной железы /препарат 8850/.

Интервал между прекращением лечения синэстролом и аденомэктомией - 3 месяца.

Таким образом, наши клинические наблюдения /гл.IV, сл. 1,2,3,4,5; ист.бол. № 4237, 663I, 2890, 2193, и 2039, а также гл.II, сл.10,11,12,13 и 14; ист.бол. № 2039, 4602, 4514, 2889, 456I и др./ свидетельствуют о том, что у лечившихся больных синэстролом вылушение аденомы часто бывает затрудненным, что редко наблюдается у не лечившихся синэстролом /см.стр.212 /.

В настоящее время известно, что при лечении синэстролом рака предстательной железы наступают дегенеративные процессы в самой железе. Аденоматозная ткань, заключенная в ней, нередко также подвергается тем же изменениям. Поэтому длительное применение больших количеств синэстрола ведет к образованию сращений между аденомой и железой, затрудняющих оперативное вмешательство методом тупого вылушения ее.

Данные гистологического исследования нашего операционного материала подтверждают эти изменения у больных, леченных синэстролом /гл. II/.

Не меньшее значение для прогноза имеет и другое обстоятельство — интенсивность кровотечения во время операции аденомэктомии. Это обстоятельство можно объяснить тем, что параллельно с образованием фибромускулярной стромы, повидимому, происходит развитие сети кровеносных сосудов, нередко крупного калибра. Нарушение целостности их при удалении аденомы кускованием или иссечением ножницами приводит к значительным, а иногда к профузным кровотечениям из операционной раны /простатического ложа/. Оно, разумеется, в послеоперационном периоде отягощает течение болезни, что не безразлично отражается на ослабленном организме.

Интенсивность кровотечения в зависимости от веса аденомы представлена таблицей 46.

Таблица 46

Вес в граммах	Всего случаев	Интенсивность кровотечения		
		И з н и х		
		Ничтожное	Умеренное	Выраженное и угрожающее
от 2 до 10	8	6	2	—
от 11 до 15	10	7	3	—
от 16 до 20	5	4	1	—
от 21 до 30	15	8	6	1
от 31 до 40	19	1	17	1
от 41 до 50	26	3	9	14
от 51 до 100	23	2	4	17
от 101 до 165	7	1	1	5
Итого	113	32	43	38
Сведений нет	31			

Из этой таблицы видно, что в тех случаях, где вес аденом превышал 40 граммов, чаще наблюдалось выраженное и угрожающее кровотечение. Это объясняется довольно большой операционной раной, образующейся после удаления больших размеров аденоматозной опухоли. При удалении такой аденомы неизбежно повреждается на значительном протяжении слизистая оболочка мочевого пузыря, особенно там, где рост аденомы происходит из группы желез пузырного треугольника, который ранится при вылущении опухоли. У тех больных, у которых мы производили отсечение аденомы от уретры ножницами или применяли выстригание ее по частям, наблюдалось наиболее интенсивное кровотечение. В данном случае причину кровотечения нужно объяснить тем, что просвет перерезанных сосудов, питающих уретру и аденому, зияет в силу их склеротического состояния и, несмотря на небольшой их диаметр, кровотечение бывает интенсивным. Ему также способствует довольно высокое в них кровяное давление, так как эти сосуды принадлежат к системе подчревной артерии.

Для обеспечения надежного гемостаза простатического ложа мы тампонируем его марлевым тампоном на 24 часа. При сильных кровотечениях применяем: а/ тампон с горячим физиологическим раствором; б/ тампон с перекисью водорода; в/ тампон с гемостатической губкой. Пузырь дренируем резиновой трубкой диаметром 1,2 см /рис.83/. За последнее же время мы стали применять модифицированную трубку Мариона /рис.84/, изготовленную по нашему заказу на Свердловском заводе РТИ. Она проста, удобная и имеет достаточный диаметр /1,5 см/. Пузырная рана ушивается узловыми кетгут-



Рис. 83

Трубка для дренирования мочевого пузыря после операции аденомэктомии /применялась нами раньше/



Рис. 84

Трубка для дренирования мочевого пузыря после аденомэктомии: а/ стеклянный колпак,
б/ трубка для отведения мочи
в/ трубка для промывания мочевого пузыря
/модификация по И.Н.Шапиро/. Фотоснимок.

товыми швами, кроме места, где находится резиновая трубка. На четвертые сутки мы удаляем эту трубку, пузырь дренируем резиновой трубкой меньшего диаметра.

Независимо от степени кровотечения, у 80 больных мы применили тампонаду простатического ложа марлевой полосой /рис.85/. У одного из них через 10 часов после операции наступило профузное кровотечение, потребовавшее переливания крови с целью гемостаза. В другом случае кровотечение наступило через двое суток, остановилось оно после внутривенного введения 10% раствора хлористого кальция и инъекции витамина "К". У 25 больных, у которых наблюдалось интенсивное кровотечение, мы применили тампон с гемостатической губкой. У всех этих больных послеоперационный период протекал без осложнений. У 6 больных при выраженном кровотечении из простатического ложа применялась только гемостатическая губка; в послеоперационном периоде кровотечения не было. В семи случаях с целью гемостаза нами применялся баллон с воздухом в простатическое ложе, в послеоперационном периоде у трех из них наблюдалась супурация ложа. Послеоперационное течение болезни было тяжелым. 13 больным мы не применяли тампонаду простатического ложа, степень кровотечения из ложа была умеренной.

Угрожающее кровотечение в послеоперационном периоде отмечено у 4 человек, лечившихся синэстролом — у двух через двое суток после операции и у двух — на пятые сутки. В этих случаях мы прибегали с целью гемостаза к переливанию крови до трех раз. Кроме того, у одного больного, не лечившегося синэстролом, в виду угрожающего кровотечения, с



Рис. 85

Тампонада марлевой полосой простатического ложа
/схема/

целью гемостаза, нам пришлось прибегнуть к разведению пузырной раны. После удаления из полости пузыря сгустков крови простатическое ложе было тампонировано.

Относительно применения тампонады простатического ложа до сих пор нет единства мнений. Одни авторы /Б.В.Шолоков, В.А.Гораш, Н.М.Борисовский, Н.И.Гельфер и др./ не применяют тампонаду простатического ложа, другие /Г.Я.Алапин, М.П.Воскресенский, А.Е.Горлин и др./ принципиально не вводят тампона, считая, что это ненужный и вредный акт, ведущий к развитию флегмоны клетчатки и уросепсису. М.А.Мир-Касимов, И.Н.Шапиро, И.М.Эпштейн, Марион считают тампонаду простатического ложа обязательным моментом для обеспечения достаточного гемостаза.

Принципиально не применять тампона в ложе мы считаем неверной тактикой. Она может привести к летальному исходу больного от кровотечения. Достаточно указать, что тот же Алапин /1935/ на 73 аденомэктомии в двух случаях наблюдал угрожающее жизни больному кровотечение, потребовавшее повторной тампонады в день операции. По данным И.Г.Вольпана /1940/, из 24 больных, которым тампон не применялся, у 8 наблюдалось обильное кровотечение. Из 49 человек, которым применялся тампон, вторичное кровотечение наблюдалось лишь у одного. Однако за последнее время Алапин /1954/ и др. совсем отказались от тампонады простатического ложа и применяют с целью гемостаза переливание крови.

Другого мнения придерживается И.М.Эпштейн, который говорит, что "если истекающему кровью больному только переливать кровь и не тампонировать из-за принципа, тогда

можно потерять его и заслуженно нести за это ответственность. Больной не должен терять лишней капли крови во имя необоснованных принципов". Наши взгляды полностью совпадают с мнением проф. А. М. Эпштейна, ибо наши наблюдения показывают, что в тех случаях, когда мы вели больных без тампонады ложа, у которых во время операции кровотечение было ничтожным, в послеоперационном периоде у 1/4 этих больных наблюдалось значительное кровотечение, а у одного из них в день операции пришлось прибегнуть к разведению пузырной раны и тампонировать простатическое ложе. Во избежание подобного рода осложнений в послеоперационном периоде следует применять тампонаду ложа, так как от того, что у больного в течение суток простоит тампон, развития флегмоны не наступит. Пребывание тампона в ложе длительное время /до 6 суток/, как это предлагает делать Марион, может вызвать супурацию в нем и привести к развитию флегмоны клетчатки.

По нашему мнению, тампонада ложа является надежным приемом, предупреждающим в послеоперационном периоде кровотечение.

Не меньшее значение для исхода аденомэктомии имеет количество потерянной крови во время производства самой операции. Какова бы эта потеря не была, она для людей пожилого возраста является не безразличной, а потому при малейшем появлении кровотечения следует поступать с ним по общим правилам — обеспечение тщательного гемостаза.

А. Т. Лидский /1923/ еще 32 года тому назад указывал, что профузное кровотечение встречается относительно редко.

Но, несмотря на это, он придает этому большое значение. Так, А.Т.Лидский пишет: "Чем меньше крови потерял больной во время операции, тем больше шансов на благоприятный исход, и это сугубо верно для стариков. Отсюда понятно это стремление хирургов перегнать друг друга в скорости, так как главное кровотечение происходит во время вылушения и чем скорее оно произведено, тем меньше кровопотеря".

У обескровленного больного, независимо от того — во время ли операции или в послеоперационном периоде теряется кровь, больше шансов для развития пиелонефрита, апостематозного нефрита, интоксикации организма и он, безусловно, тяжелее перенесет их /И.М.Эпштейн/.

Удаление тампона из простатического ложа в настоящее время считается целесообразным через сутки. Оставлять тампон на 3–6 суток, как это предлагали Марион, Слей /Sleys/ и др., нет необходимости, так как при этом нередко наблюдается развитие супурации простатического ложа, что в свою очередь приводит к интоксикации организма, отягочающей послеоперационное течение. Иногда может наступить смерть больного, о чем сообщал Б.В.Шолков /1930/.

Мы, как правило, удаляем тампон через сутки и ни разу не наблюдали развитие супурации, флегмоны и т.д.

У троих из 7 больных, которым баллон с воздухом был оставлен на пять суток, наблюдалось довольно выраженное нагноение простатического ложа. Послеоперационное течение было лихорадочным и более тяжелым, чем у всех остальных наших больных. Это лишний раз подтверждает наше мнение и мнение ряда авторов /И.Н.Шапиро и др./, что тампон необхо-

димо удалять через сутки-двое.

Лучшие результаты были получены в тех случаях, когда мы применяли тампон в сочетании с гемостатической губкой или только губку.

3. Обезболивание при аденомэктомии

Общепризнанным методом обезболивания при наложении надлобкового мочепузырного свища является местное обезболивание 0,25% раствором новокаина, предложенного Б.Н.Хольцовым /1910/.

При аденомэктомии предлагались различные методы и средства обезболивания.

В 1910 году Б.Н.Хольцов предлагал при аденомэктомии применять местную анестезию. Этот метод разработан в 1924 году А.В.Вишневским.

Г.Я.Алапин /1935/ и др. применяли эфирный наркоз без каких-либо отрицательных сторон. Однако от последнего пости все авторы отказались на том основании, что у больных аденомой предстательной железы часто наблюдаются органические изменения со стороны органов грудной клетки: Уэмфизема легких, пневмосклероз, бронхоэктазия, аортокардиосклероз, миокардиодистрофия/.

В настоящее время большинство авторов /М.Б.Пластунов, А.А.Чайка, А.П.Цулукидзе, М.А.Мир-Касимов и др./ применяет спинномозговую анестезию и отзываются о ней, как о лучшем методе обезболивания при аденомэктомии. Некоторые авторы /Н.Г.Вольпян и др./ после применения спинномозговой анестезии 1% раствора новокаина наблюдали у больных резкое паде-

ние кровяного давления, с трудом выравнивавшегося после применения различных повышающих кровяное давление средств. После применения 1,0 - 1% раствора совкаина /предварительно за полчаса до операции вводится под кожу 1,0-5% раствора эфедрина/ падения кровяного давления у больных не наблюдалось /Вольпян/, операция переносилась ими безболезненно. Другие авторы применяют сакральную /А.Я.Дамский/ и эпидуральную /П.З.Пресайзен/ анестезию.

И.Н.Шапиро широко применяет при аденомэктомии пентотал внутривенно. Каких-либо осложнений от применения последнего автор не наблюдал.

В настоящее время методом выбора при аденомэктомии является спинномозговая анестезия.

Этим методом мы пользовались из 144 аденомэктомий 141 раз. Введение в спинномозговой канал 5% раствора новокаина в количестве 1,8 - 2,2 мл производилось с предварительным /за 15-20 мин. до операции/ введением под кожу 1,0 - 10% раствора кофеина. У трех больных операция аденомэктомии производилась под эфирным наркозом, у которых от спинномозговой анестезии обезболивания не наступало.

У всех оперированных нами больных под спинномозговой анестезией обезболивание наступало рано /через 5-10 минут/. У 10 процентов больных мы применяли в количестве 1,8 мл. 5% раствора новокаина, у 15 процентов - 2,2 мл., а у остальных - по 2 мл того же раствора.

От 2 мл 5% раствора новокаина, вводимого в спинномозговой канал, обезболивание наступало полное. Операция

переносилась больными совершенно безболезненно и без напряжения мышц надлобковой области и мочевого пузыря. Это свидетельствует о том, что введенного в спинномозговой канал 2 мл новокаина было вполне достаточным для полной анестезии.

В тех случаях, когда мы применяли новокаин в количестве 1,8 мл, продолжительность анестезии была меньшей /от 15 до 30 минут/, тогда вылушение аденомы нередко проходило болезненно. При применении новокаина в количестве 2,2 мл у 6 человек из 21 в конце операции наступало расстройство дыхания. Клинически оно выражалось в следующем: сначала появлялась зевота, затем сонливость, побледнение кожных покровов лица, иногда цианоз губ, холодный пот, наступала потеря сознания на 1-5 минут. После вдыхания углекислоты, кислорода и инъекции 1 мл цититона все эти явления исчезали. У всех этих больных операция заканчивалась полностью, исход был благополучный.

Эти осложнения, по нашему мнению, зависели от большой дозы анестезирующего вещества, в результате чего наступали расстройства дыхательной и сердечной деятельности при спинномозговой анестезии. Об этом имеются указания и в литературе /И.Г.Руфанов, Н.Г.Вольян, Б.Н.Хольцов, И.Н.Шапиро и др./.

Из осложнений в послеоперационном периоде после спинномозговой анестезии следует отметить головные боли, которые бывают у некоторых больных.

4. Послеоперационный период

Больные аденомой предстательной железы, подвергшиеся операции эпицистостомии и аденомэктомии, нуждаются в тщательном наблюдении и уходе. Это диктуется тем, что страдающие этой болезнью люди — преклонного возраста и большею частью ослабленные в результате инфекции мочевых путей на почве задержки мочи, нередко уросептического состояния их, гематурии и т.д. Не меньшее значение у этих больных имеет состояние сердца и легких, со стороны которых в той или иной степени отмечаются возрастные изменения /аортокардиосклероз, миокардиострофия, эмфизема легких, бронхоэктазия/. Особенно тяжело протекает послеоперационный период у тучных больных. В этих случаях решающее значение имеет комплексное терапевтическое лечение после наложения надлобкового свища: антибиотики, сульфамиды, сердечные средства, хлористый кальций, витамин К, дыхательная гимнастика и проч. Все это является надежным профилактическим условием в борьбе с осложнениями в послеоперационном периоде.

После аденомэктомии внимание врача должно фиксироваться, во-первых, на мерах обеспечивающих сохранение жизни больного непосредственно после операции. Это достигается идеальной техникой операции, рациональным методом обезболивания, тщательной остановкой кровотечения из простатического ложа, достаточным дренажем пузыря. Во-вторых, борьба с различного рода осложнениями как в ближайшие дни после операции, так и в отдаленном периоде. Это достигается применением антибиотиков, сердечных и тонизирующих организм лекарственных средств и "выхаживанием" больных.

Наконец, в-третьих, соблюдением санитарно-гигиенических условий.

Выполняя эти требования, мы облегчаем послеоперационное течение больного и тем самым достигаем лучших функциональных исходов. При этом также снижается летальность, уменьшается пребывание больного в стационаре, увеличивается оборот койки.

Анализ нашего клинического материала показывает, что после I44 аденомэктомий нормальное течение послеоперационного периода было у II2 человек /78,0%/. У 32- послеоперационный период протекал с осложнениями, характер которых представлен в таблице 47.

Таблица 47

Характер осложнений	Кол. случ.	День осложнения							
		на 10	4- на дн. 20	II на дн. 30	2I на дн. 40	3I на дн.			
Бронхопневмония.....	6	4	2	-	-	-	-	-	/4 сл.в I949г./
Инфаркт миокарда.....	I	I	-	-	-	-	-	-	
Тромбоз вен системы нижней полой вены.....	I	I	-	-	-	-	-	-	
Тромбоз вен голени...	I	-	I	-	-	-	-	-	
Уремия.....	I	I	-						
Уросепсис /в т.ч. супу- рация простатического ложа/.....	4	2	2						
Обострение туберкулеза легких.....	I	-	I						
Флегмона брюшной стен- ки и паравезикальной клетчатки /в т.ч. пе- ритонит/.....	I	I	-						
Некроз жировой клет- чатки вокруг надлоб- кового свища.....	I	I	-						
а/ одностор.	10	4	4	-	3				
Эпидидимит: б/ двустор.	I 3	-	-	-	I		2		
Эпидидимо-орхит.....	I	-	-	-	-				
Абсцесс на месте ва- зорезекции.....	I	-	I	-	-				
Итого.....	32	15	11		4		2		

Из таблицы видно, что характер осложнений в послеоперационном периоде разнообразен. И несмотря на то, что мы применяли антибиотики, сульфамиды и другие лекарственные средства, уменьшить количество осложнений нам не удалось.

Кроме того, по тяжести клинического течения из 32 у 3 человек наблюдались тяжелые осложнения, ставшие причиной смерти этих больных: у одного инфаркт миокарда, у второго — тромбоз вен системы нижней полой вены, у третьего — флегмона брюшной стенки, перитонит. Исход остальных /29/ осложненных случаев был благоприятным.

Особую категорию осложнений составляют воспалительные процессы придатков яичек. Односторонний эпидидимит наблюдался у 10 человек, двусторонний — у одного и эпидидимо-орхит — у 3-х, абсцесс на месте вазорезекции — у одного.

Таким образом, из 32 осложнений около половины /15/ приходится на придатки и яички.

Из таблицы также видно, что осложнения развивались в различные промежутки времени после аденомэктомии. Между 4-10 днями они развились в 15 случаях, между 11-20 днями — в 11, на 21-30 день — в 4 и на 31-40 день — в 2-х случаях. Эпидидимиты в равных пропорциях развились на 2-3 неделе, в 3-х случаях — на 4-й неделе. Наоборот, эпидидимо-орхиты развились один на 4-й неделе и 2 — на 5-6 неделе. Абсцесс на месте вазорезекции образовался на 16 день.

М.Б.Пластунов /1941/ указывает, что чаще всего эпидидимиты развиваются в конце 2-й и в течение 3-й недели после аденомэктомии; однако, не исключается возможность образования их и в более поздние сроки.

Среди наших больных развитие эпидидимитов было связано с применением постоянного катетера, так как мы пользовались последним для ускорения закрытия надлобкового свища. Получив, таким образом, неутешительные результаты, мы, как и многие другие авторы /А.В.Мартынов, Б.В.Шолков, А.А.Чайка, И.Н.Шапиро и др./, совсем отказались от применения постоянного катетера. Наконец, эпидидимиты, как правило, развились у тех больных, у которых вазорезекция не применялась.

Роль вазорезекции общеизвестна. В этом отношении среди авторов разногласий не отмечается /Я.Б.Войташевский, В.А.Сперанский, Л.И.Дунаевский, А.А.Чайка, Б.Н.Хольцов, И.Н.Шапиро и др./. Вазэктомия является фактором, предупреждающим развитие эпидидимитов. У 56 больных, которым мы произвели вазорезекцию, эпидидимитов совсем не было, кроме случая образования абсцесса на месте вазорезекции. У 97 больных вазорезекцию мы не производили; у 14 из них развился одно- и двухсторонний эпидидимит, в том числе у 3-х эпидидимо-орхит, что составляет 14,43%. Следовательно, вазорезекция должна применяться как основное профилактическое мероприятие в борьбе с развитием эпидидимита.

Однако в более молодом возрасте при лечении больных аденомой /до 50 лет/ вазорезекцию без крайней нужды применять не следует. Многие больные не соглашались на эту операцию. Предупредить развитие эпидидимита после аденомэктомии можно другими мерами: применением антибиотиков и сульфамидов в дооперационном и послеоперационном периодах; избегать постоянного катетера; не следует надолго оставлять в простатическом ложе тампон /не больше 48 часов/; обеспе-

чивать достаточный дренаж мочевого пузыря и т.д. Этими мероприятиями удастся устранить инфицирование семявыносящих протоков и мочевых путей, а правильное функционирование дренажной трубки оберегает мочевой пузырь от повышенного давления в нем.

Таким образом, с различного рода осложнениями надо бороться всеми известными средствами и свести их до минимальных цифр.

В случаях образования эпидидимита хороший эффект для ликвидации его оказывает новокаинизация семенного канатика, предложенная еще в 1934 году А.В.Вишневым. В этом мы наглядно убедились, когда стали применять этот метод при лечении наших больных. О положительном эффекте новокаинизации семенного канатика при эпидидимитах после аденомэктомии сообщил Д.С.Мураткин /1953/.

Эпидидимиты, как осложнение после операции аденомэктомии, составляют значительный процент без применения вазорезекции. Так, М.Б.Пластунов /сборная статистика/ сообщил /1941/, что из 1961 оперированного больного без предварительной вазэктомии, эпидидимиты развились в 323 случаях /17%/. По материалам клиники А.А.Чайка /Пластунов/ они составили 25%. Однако эпидидимиты развиваются и в тех случаях, когда предварительно была произведена вазорезекция. М.Б.Пластунов указывает, что по разным статистическим данным процент эпидидимитов после вазорезекции равен в среднем 1.5. По данным клиники А.А.Чайка он составил 10%. Абсцедирующие формы эпидидимита по наблюдениям М.Б. Пластунова составили 12,2%. Эта форма эпидидимита протекает

особенно тяжело и требует оперативного вмешательства.

Л.И.Дунаевский потерял 2 больных при абсцессах яичек, причиной смерти послужил сепсис. По данным И.Г.Вольпьяна, эпидидимиты после аденомэктомии, без вазорезекции, развивались на II-III сутки в 20% случаев.

Причиной развития эпидидимитов М.Б.Пластунов считает повреждение семявыносящих протоков во время операции аденомэктомии, которые становятся открытыми воротами для инфекции. Известную роль в развитии эпидидимитов играет повышенное внутрипузырное давление, появляющееся в конце 3-й недели после операции, когда закрывается надлобковый свищ и восстанавливается акт мочеиспускания, чему способствует активное сокращение мышц промежности и брюшного пресса.

Из других осложнений следует указать на повышение температуры, которая наблюдается в течение ближайших дней после аденомэктомии.

Среди 144 оперированных нами больных у 47 было повышение температуры от 37,5 до 39 градусов. Продолжительность температурящего периода составляла от 3 до 7 дней. Повышение температуры и продолжительность лихорадочного состояния до 7 дней, по нашим наблюдениям, зависели от оставляемого в простатическом ложе надолго тампона, приводившего к супурации его и инфицированию мочевых путей. После того, как мы стали удалять тампон через 24 часа, период повышения температуры сократился до 3 дней. В большинстве случаев послеоперационное течение протекало без повышения температуры, т.е. она не превышала по вечерам 37,2-37,5 и скоро снижалась до нормальной.

Сроки закрытия надлобкового свища после II этапа операции зависят от ряда условий и стоят в прямой зависимости от конструкции шейки мочевого пузыря. К этим условиям относятся: общее состояние организма больного, радикальность удаления аденомы предстательной железы, достаточный дренаж мочевого пузыря, способность тканей к заживлению, характер мочи /инфицирована или нет, и пр./.

Важную роль в своевременном заживлении надлобкового свища играет правильное, т.е. высокое наложение надлобкового свища. Необходимо избегать наложения кисетного или полукисетного шва вокруг резинового дренажа на пузырную рану /профилактика образования губовидного свища/; следует также в достаточной мере освежать края надлобкового свища при II-м моменте операции. Кроме того, имеет значение и раннее удаление дренажа во избежание омозолелости краев раны. При удалении аденомы нужно делать рассечение ее над опухолью как можно ближе к задней поверхности выступающей доли предстательной железы. Этим самым уменьшаются шансы на образование перегородки между простатическим ложем /лакуной/ и полостью пузыря, о чем в свое время сообщали А.Г.Радзиевский, Н.М.Борисовский. Во избежание этого при операции мы делаем надрез слизистой оболочки перстневидным ножом, и не являемся сторонниками разрывания ее пальцем или ногтем, как это делают некоторые авторы /Фрейер / /, А.Я.Дамский, Л.И.Дунаевский, И.Н.Шапиро и др./

Выполняя указанные условия, наряду с широким применением антибиотиков, сульфамидов, тонизирующих организм лекарственных средств, тем самым упрощаем весь процесс веде-

ния больного в послеоперационном периоде /после II этапа/. А это в свою очередь дает возможность сократить пребывание больного на койке.

Время удаления резинового дренажа у наших больных представлено таблицей 48.

Таблица 48

	Кол. боль- ных	Из них в днях					
		на 9-II	на 12-13	на 14-16	на 17-18	на 19-20	на 21-25
Удаление дренажа	137	3	54	36	18	9	6
Процент	100	2,2	47,4	16,2	13,1	6,7	4,4
Сведений нет....	7	-	-	-	-	-	-

Толстую трубку мы заменяем трубкой с меньшим диаметром, как правило, на четвертые сутки. С 9-го, реже II-го дня приступаем к легкому бужированию уретры, которое проводим через день-два до появления свободного мочеиспускания. Обычно бужировать приходилось не более 3-4 раз. Этого было вполне достаточно для формирования соединительно-тканного ложа между пузырем и перепончатой частью уретры /рис.86/.

Следует указать, что у некоторых наших больных бужирование уретры было противопоказано из-за осложнений /эпидидимит, супурация простатического ложа/, мочеиспускание восстанавливалось у них самостоятельно. После ликвидации осложнений мочевого пузырь опорожнялся от мочи полностью. Формирование простатического отдела уретры, таким



Рис. 86

Цистограмма, на которой видна конструкция шейки мочевого пузыря через 8 мес. после аденомэктомии

образом, возможно и без бужирования, что доказано опытами над собаками еще А.В.Вишневым /1911/. Однако, у двух наших больных ^{лечившихся} без бужирования, по тем же причинам, канализация заднего отдела уретры не наступила, образовалась облитерация заднего отдела ее. Этим больным мы произвели тоннелизацию уретры, после чего мочеиспускание у них восстановилось.

Надлобковый дренаж мы удаляли в различные сроки /таблица 48/, в зависимости от состояния больного, инфекции мочевых путей и осложнений. Имело место около половины случаев /46,4%/, когда мы удаляли дренаж на 12-14 день после операции, реже /26,2%/, на 14-16 день и т.д. К моменту удаления дренажа у большинства наших больных моча

оттекала по каналу свободно, как правило, во время акта дефекации.

Самостоятельное мочеиспускание, после ощущения позыва на последнее, наступало также в разные сроки, что видно из таблицы 49.

Таблица 49

Характер мочеиспускания	Всего случаев	%	Из них в днях							
			9-11	12-13	14-16	17-18	19-20	21-25	26-30	Свыше 31
Мочеиспускание свободное	128	88,9	4	24	42	19	12	11	9	7
Мочеиспускание не наступило	15	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Сведений нет...	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Итого...	144									

Из 144 больных у 128 /88,9%/ свободное мочеиспускание наступало в разные сроки, в большинстве же случаев /42 сл./ между 14 и 16-м днями. В ранние сроки - между 9-11 днями - свободное мочеиспускание отмечено у 4 человек, а поздние сроки - свыше 31 дня - у 7.

У 15 больных мочеиспускание не наступило, причиной последнего у двух явилась облитерация заднего отдела мочеиспускательного канала /рубцевание простатического ложа/, у 13 - не заживающий надлобковый свищ, причиной чего была воронкообразная форма его, губовидный свищ и пр.

Сроки окончательного заживления надлобкового мочевого свища представлены в таблице 50.

Таблица 50

	Кол. боль- ных	Про- цент	Из них в днях и процентах						
			I4-I5	I6- 20	2I- 25	26- 30	3I- 35	36- 40	Свы- ше 4I
Окончатель- ное заживле- ние мочевого свища.....	I26 -	89,37 -	24 I9,04	32 25,5	26/ 20,59	I4 II, I2	I2 9,52	6 4,72	I2 9,52
Капиллярный свищ остался	3	2, I8	-	-	-	-	-	-	-
Свищ незажи- вающий.....	I2	8,45	-	-	-	-	-	-	-
Сведений нет	3	-	-	-	-	-	-	-	-

Из настоящей таблицы /50/ видно, что продолжительность времени, необходимого для заживления надлобкового мочевого свища, колебалось в широких пределах. На I4-I5 день свищ закрылся окончательно у 24 больных /I9,04%/, на I6-й - 20-й день - у 32-х /25,5%/, на 2I-25 день у 26 /20,59%/, на 26-30 день - у I4 /II,I2%/, на 3I-й день - у I2 /9,52%/, на 36-й -40-й день - у 6 /4,72%/ и свыше 4I дня у I2 боль-ных /9,52%/.

Кроме того, из этой таблицы видно, что из I44 больных у I26 /89,37%/ наступило самостоятельное заживление надлоб-кового мочевого свища, у 3-х больных /2,I8%/ оставался капиллярный свищ, а у I2 /8,43%/ свищ совсем не зажил даже после применения постоянного катетера и выскабливания гра-нуляций.

У I3 больных /I2 незаживающих и I капиллярный свищ/ причиной, препятствующей к окончательному закрытию надлоб-

кового свища, служило следующее: у 4-х человек отмечался воронкообразной формы свищ, обращенный вершиной в сторону кожной раны, у 2-х - губовидный свищ, у 5- супурация простатического ложа, упорный цистит, септическая фосфатурия, у 2-х - фиксированный камень простатического ложа и у I-го - септическое состояние.

Всем этим больным /13 человек/ мы произвели зашивание надлобкового мочевого свища после того, как были ликвидированы воспалительные процессы простатического ложа и мочевого пузыря, а также после литотрипсии и т.п.

Сроки восстановления акта мочеиспускания у этих больных были следующие: у 2-х - на 18-й день, у 4-х между 26-29 днями /26,27,28,29/, у I- на 31-й день, у I- на 46 день /эпидидимит, воронкообразный свищ/, у 2-х - через 2 месяца, у I- на 81 день /тромбоз вен голени/, у I- через 3,5 месяца /упорный цистит, септическая фосфатурия/ и у I- через 4 месяца после II этапа операции /фиксированный камень/.

И.Г.Вольпян /1941/ указывает, что по его наблюдениям заживление наступало на 10 день у 15% оперированных больных, на 15-й день - у 57%, на 18-й день - у 76%, на 22-й день - у 90% больных. По данным А.Д.Панченко, в среднем свищ заживал на 25-35 день.

Б.Н.Хольцов рекомендовал зашивать свищ на 15-18 день после операции аденомэктомии. Клиника Р.М.Фронштейна /Гельфер/ рекомендует зашивать свищ на 22 день, если последний к этому времени не закрылся самостоятельно. Этого же мнения придерживаются и другие авторы /И.Н.Шапиро, А.П.Цулукидзе, А.А.Чайка и др./.

В ранние сроки мы производили третий момент операции при воронкообразной и губовидной форме свища при стихании воспалительных явлений мочевых путей. В случае^х инфекции мочеполовой сферы и других осложнений прежде всего надлежит ликвидировать последние и уже после этого приступать к производству третьего момента операции, так как в противном случае она не достигнет цели.

Подводя итог изложенному выше, мы должны отметить, что из всех известных методов терапия аденомы предстательной железы в настоящее время наибольшее распространение получил метод хирургической терапии. Методы одномоментной и двухмоментной аденомэктомии получили наибольшее распространение, особенно последний вследствие того, что в урологический стационар поступают больные преимущественно в состоянии III стадии болезни, стадии — осложнений. Этому же периоду соответствуют и тяжелые анатомические изменения мочевого тракта.

Хирургический метод лечения является наиболее радикальным, избавляющим от неминуемой гибели больного. Этот метод доступен хирургу и урологу и в условиях районной больницы.

Гормональная терапия аденомы предстательной железы имеет более чем полувековую свою историю. Несмотря на это, она имеет, наряду с положительными, отрицательные стороны.

Выше мы видели, что наблюдениями многих авторов /А.П.Фрумкин, И.Н.Шапиро, И.И.Соболев, Б.В.Ключарев и др./ показано, что эффективность гормональной терапии не полнотенна. Авторы метода синэстролотерапии /А.Б.Топчан и А.А.Померанцев/ также получили от синэстрола большой про-

цент неудач /23,8/. Достоверного уменьшения в размерах аденоматозной железы не наступает. В тех случаях, когда под влиянием синэстрола изменяется соотношение тканей в аденоматозной железе /вместо наступившей атрофии железистых комплексов образуется соединительнотканномышечная строма/, вес аденомы не уменьшается. Смешанные формы аденомы предстательной железы встречаются чаще после лечения синэстролом. Это последнее наступает, повидимому, под влиянием длительного лечения синэстролом и больших количеств его. В результате этого, по нашему мнению, происходит образование сращений между самой аденомой и предстательной железой, затрудняющих оперативное вмешательство тупым путем. В этих случаях приходится прибегать в отдельные моменты операции к выстриганию аденомы, иногда кускованию ее, а также к пересечению уретры. Это приводит к тяжелым осложнениям во время операции /кровотечение, повреждение хирургической капсулы, пузырного треугольника и пр./.

Особо важное значение для клиники имеет то обстоятельство, что при лечении синэстролом пролиферация эпителия в аденоме предстательной железы по нашим наблюдениям встречается в 1/3 случаев, а по данным Л.М.Шабада — больше, чем в половине. Более того, пролиферирующая аденома предстательной железы считается предраковым состоянием. Возможность экспериментального воспроизведения рака предстательной железы молочных желез, тела матки под влиянием больших доз синэстрола требует соблюдения известной осторожности в дозировке препарата при лечении больных аденомой

предстательной железы, а главное нельзя забывать онкологической настороженности при этом.

Кроме того, рано или поздно после лечения синэстролом больные поступают в урологический стационар с полной задержкой мочи и подвергаются оперативному вмешательству при худших для организма условиях.

Однако это не означает полного отказа от гормональной терапии. Напротив, там, где оперативное вмешательство противопоказано, наряду с катетеризацией или постоянным катетером, приходится применять для лечения больных небольшие дозы синэстрола /10-20 мг в день/.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что метод хирургической терапии в комплексе с медикаментозной является единственно рациональным методом лечения аденомы предстательной железы и позволяет расширить показания к оперативному вмешательству. Методы одно-и двухмоментной аденомэктомии являются методами выбора.

ГЛАВА У

И С Х О Д Ы

І. Непосредственные результаты

Непосредственный исход заболевания аденомой предстательной железы зависит от общего состояния организма, стадии болезни и вида терапии. В настоящее время считается неоспоримым фактом, что наилучшие результаты получаются после хирургического метода лечения — одно-и двухмоментной аденомэктомии по способу С.П.Федорова и Б.Н.Хольцова. Двухмоментная аденомэктомия при всех стадиях болезни переносится больными легче, а летальность не превышает 3%.

Если при первой стадии болезни консервативное лечение является эффективным, то при II — результаты лечения в 30-50% случаев получаются отрицательные /Н.В.Дунашев, А.П.Цулукидзе/, тогда как при III стадии — оно не дает положительного эффекта.

Из наших материалов видно, что из 226 у 8 больных, находившихся в состоянии I стадии болезни, от консервативного лечения был получен положительный результат.

При II стадии болезни из 21 лишь у 3 больных от консервативного лечения мочеиспускание восстановилось, они выписались из урологического отделения без остаточной мочи. 18 больным была произведена операция аденомэктомии, так как от консервативного лечения эффекта не наступило.

18 больным при III стадии болезни применялись методы консервативной терапии /катетеризация, антибиотики, син-

эстрола/. У 8 из них наступило некоторое улучшение, количество остаточной мочи снизилось до 50–75 мл. Эти больные от оперативного лечения отказались. У 9 больных мочеиспускание не восстановилось от консервативной терапии, они выпи-сались из урологического отделения по собственному настоя-нию. Один больной умер; причиной смерти послужило резкое снижение функции почек и сердечно-сосудистая недостаточ-ность III степени.

I4I больному, поступившему с острой задержкой мочи /8 при II и I33 при III стадии болезни/, после предвари-тельного консервативного лечения был наложен надлобковый моче-пузырный свищ. Из них умерло I3 человек, что составляет 9,2I% летальности. Непосредственной причиной смертельных исходов являлись глубокие патологические изменения почек /понефроз, гнойничковый нефрит и пр./, приводившие к смертельным осложнениям; уремия, азотемия, уросепсис, а также патологические процессы других жизненно-важных орга-нов /сердечно-легочная недостаточность и пр./. Операция эпицистостомии не могла спасти этих больных.

По данным А.П.Цулукидзе /I948/ после операции над-лобкового свища процент летальности достигает 30, М.А.Мир-Касимов /I938/ имел – 44, Я.З.Пикус /I940/ – 50%.

Наши наблюдения показывают, что резкому снижению ле-тальности после эпицистостомии способствовало своевремен-ное наложение надлобкового мочепузырного свища /в подав-ляющем большинстве случаев мы отводили мочу в первый – второй день поступления в стационар больного/, применения антибиотиков, сульфамидов, тонизирующих организм лекарст-

венных средств, при тщательном уходе за больными.

Непосредственный послеоперационный функциональный результат и летальность после операции аденомэктомии по данным многих авторов различны. Так, Л.И.Дунаевский в своей монографии /1935/ указывает, что процент полного выздоровления после аденомэктомии, по различным статистическим данным, равен 80-92,6%. По материалам клиники Р.М.Фронштейна /Дунаевский, 1935/ после операции выздоровление наступило у 75% больных, улучшение - 6%. По данным В.Б.Шолкова /1930/, Н.В.Дунашева /1940/ хороший функциональный результат был получен у 78% больных. Я.З.Пикус /1940/ полное выздоровление наблюдал у 70% больных, в то время как у И.Г.Вольпьяна /1940/ хороший результат после аденомэктомии отмечен у 96% больных, у Н.М.Борисовского /1934/ - у 100% больных /52 сл./.

Из этих данных авторов видно, что процент выздоровления больных после оперативного лечения - аденомэктомии - колеблется в широких пределах. Он зависит от ряда обстоятельств: от стадии болезни, при которой больной оперируется, обращаемости за медицинской помощью больного, подготовительного периода, техники операции, послеоперационного ведения больного и т.д.

Послеоперационная летальность при одно-и двухмоментной аденомэктомии, по данным разных авторов, колеблется в довольно широких пределах. А.П.Цулукидзе приводит средний процент летальности от I до 20, Л.И.Дунаевский - от I до 16%, А.Т.Лидский - от 9,8% до 18,7% /в среднем 13,2%/.

Для полноты сведений мы приведем ряд данных одних и тех же авторов о летальности за разные периоды их деятельности, имеющих значительный материал. Так, по данным М.А.Мир-Касимова до 1928 года летальность составляла 24,7%, в то время, как за период 1928-1937 гг. она снизилась до 9,5%. Автор указывает, что такому резкому снижению летальности способствовали строгие показания к операции аденомэктомии, усовершенствование техники операции и тщательный уход за больным в послеоперационном периоде.

По данным В.М.Воробцова /1954/ за период 1931-1939 гг. из 23 оперированных больных умерло 6 человек, а за период с 1940 по 1949 год из 59 оперированных умер лишь один больной /1,7%/. По материалам клиники Р.М.Фронтштейна /М.А.Дейман, 1951/ за период с 1924 по 1950 год на 404 произведенных аденомэктомий средний процент летальности составил 8,3. Однако в первом десятилетии летальность составляла 16,6%, во втором - 6%, а за последние 7 лет - 2,3%.

И.Н.Шапиро /1948/ сообщил данные за период 25 лет. За этот период оперировано 434 больных двухмоментно, умерло 9 человек, средняя летальность 2%. Из 12 оперированных одномоментно умерло 3 человека. За период с 1941 года по 1948 год из 98 оперированных /в два этапа/ умер лишь один больной /около 1%.

А.П.Цулукидзе /1949/ за период с 1937 по 1949 год оперировал 205 больных одномоментно с летальностью 2%. По данным М.С.Рабиновича /1949/ за период с 1937 по 1948 г. после аденомэктомии по методике С.П.Федорова, Б.Н.Хольцова, В.М.Мыш- летальность составила 8,3%; после аденомэктомии

по методу акад. В. М. Мыш из 54 умер лишь один больной /1,8%/.

Таким образом, в отечественной литературе за вторую четверть текущего столетия мы находим довольно значительное количество работ, посвященных непосредственным результатам аденомэктомии. Они основаны на значительных наблюдениях, представленных нами таблицей 51. В эту таблицу не включены данные авторов, оперировавших единичные случаи аденомы предстательной железы.

Таблица 51

Автор	Год опубликования работы	Оперировано больных	Метод аденомэктомии				Летальность после различных методов аденомэктомии
			Одномоментная		Двухмоментная		
			Количество	Летальность в проц.	Количество	Летальность в проц.	
Дамский А.Я.....	1927	54	24	6	30	2	-
Авров Е.Н.	1929	80	70	12	10	-	-
Мухадзе Г.М.....	1929	50	-	-	50	8	-
Радзиевский А.Г.	1929	140	140	9	-	-	-
Хольцов Б.Н.....	1929	313	-	-	313	3	-
Чайка А.А.....	1929	121	36	-	85	9	-
Панченко А.П....	1929	200	200	16	-	-	-
Шолков Б.В.	1930	82	63	-	19	4	-
Тотадзе Я.В. ...	1932	58	-	-	58	4	-
Дунаевский Л.И.	1935	38	-	-	38	7,8	-
Алапин Г.Я.	1935	73	-	-	-	-	4,1
Мир-Касимов М.А.	1938	227	-	-	-	-	15,4
Вольпян И.Г.....	1940	74	-	-	74	4	-
Пластунов М.Б....	1944	62	-	-	-	-	8
Шапиро И.Н.....	1948	434	12	умерло 3 чел.	422	2	-
Цулукидзе А.П...	1949	205	205	5	-	-	-
Лейман М.А.....	1951	404	-	-	-	-	8,3
Воробцов В.И....	1954	82	-	-	-	-	8,5
Портной А.С.....	1954	190	190	7,8	-	-	-
Наш материал.....	1955	144	13	умер 1 чел	131	1,5	-

Аналогичные результаты приводятся и зарубежными авторами: у Фрейера /1904/ на 110 аденомэктомий летальность составила 10%, а в 1911 г. она снизилась до 6,5% /644 операции/. Каспер /1911/ указывает 18%, Марион /1912/ - 12,4%, Рингель /Ringel/ - 29%, Леман /Lehmann - 1926/ - 26%.

За последние годы данные зарубежных авторов свидетельствуют о снижении летальности после аденомэктомии. Так, у Фишера /Fischer - 1939/ она составила 8,6%, у Дренера /Draper - 1948/ - 4,6%, у Стамп и Туман /Stamp and Thumann - 1948/ - 15%, а за период 1946-1948 гг. после применения сульфамидов и антибиотиков - летальность снизилась до 2,6%.

Непосредственный функциональный результат и летальность после аденомэктомии у наших больных представлены таблицей 52, из которой видно, что мы оперировали преимущественно двухмоментно по Б.Н.Хольцову.

Таблица 52

Непосредственные исходы после операции аденомэктомии		Всего больных	Клиническое выздоровление	Улучшение /неудержание мочи/	Умерло	Летальность при одномоментной аденомэктомии
Метод аденомэктомии	Одномоментная по С.П.Федорову	13	12	-	1	-
	Двухмоментная по Б.Н.Хольцову	131	128	1	2	1,52%
	Итого...	144	140	1	3	-
	Процент	100	97,22	0,7	2,08	-

Одномоментно мы оперировали больных, поступивших в урологическое отделение в более ранние стадии болезни /П/,

при отсутствии у них тяжелых уросептических осложнений, состояние которых позволяло производить операцию в один момент.

Выше мы уже показали /гл. III/, что в урологическое отделение Свердловской областной клинической больницы госпитализировались больные преимущественно из области. Эти больные поступали в запущенном состоянии, а ряд тяжелых осложнений /длительная задержка мочи, остро текущая форма аденомы, уросепсис, цистoureтрит, пиелонефроз и пр./ не позволял применять им оперативное вмешательство в один момент.

Мы накладывали надлобковый мочепузырный свищ как предварительный момент подготовки больного к операции аденомэктомии. О тяжести течения болезни у наших больных свидетельствует тот факт, что из I4I подвергшегося операции эпицистостомии 40 человек были выписаны с постоянным надлобковым свищем. Второй этап операции у них был противопоказан по ряду причин: общая слабость организма, сердечно-легочная недостаточность, снижение функции почек и пр.

Из I3 оперированных нами одномоментно умер один больной /III ст./. Причиной смерти послужили паравезикальная флегмона и перитонит. I2 человек выписались клинически здоровыми, без остаточной мочи в пузыре.

Из I3I больного, оперированных двухмоментно, умерло 2 человека. Непосредственной причиной смерти послужило у одного - инфаркт сердца /на 5-й день после операции/, у второго - тромбоз вен системы нижней полой вены /на 6-й день после операции/. Возраст умерших больных: первого - 55 лет, второго - 57 лет. Один из них /первый/ поступил в

урологическое отделение в состоянии II ст. болезни, но при наличии выраженной инфекции мочевых путей. До поступления в стационар этот больной лечился большими дозами синэстрола, от которого эффекта не наступало. Другой больной поступил в стационар в состоянии III ст. болезни. Задержка мочи у него наступила внезапно, течение болезни было острое. Операцию эпицистостомию эти больные перенесли хорошо, послеоперационный период протекал без осложнений.

Из таблицы 52 также видно, что у одного больного после аденомэктомии было недержание мочи, которое продолжалось в течение полугода, затем оно исчезло. Сейчас он сообщил нам, что считает себя вполне здоровым, мочится по каналу свободно и, несмотря на преклонный возраст /74 года/, чувствует себя хорошо и трудоспособен.

Таким образом, по нашим клиническим материалам непосредственный функциональный результат, полное выздоровление наступило у 97,22% больных, улучшение у одного /0,7%/ /благополучно закончившееся выздоровлением/.

Общая летальность по нашим материалам составила 7,52% /из 226 умерло 17 человек/. Летальность только после операции эпицистостомии - 9,21%. Летальность после одно-и двухмоментной аденомэктомии составила 2,08%, тогда как только после двухмоментной аденомэктомии - 1,52%.

Снижение летальности у наших больных после операции аденомэктомии мы объясняем своевременным отведением мочи надлобковым свищем, улучшением подготовки больного в дооперационном периоде - применением антибиотиков, сульфамидов, а также тонизирующих организм лекарственных средств в

послеоперационном периоде.

Существенное значение имело также тщательное выполнение самой операции аденомэктомии, удаление всех узлов аденомы. Наряду с этим большое значение имеет щадящее отношение к тканям во время вылуечения аденоматозной опухоли, способствующее минимальной кровопотери, сохраняющее силы оперируемого больного.

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре /до полного закрытия надлобкового свища/ после двухмоментной аденомэктомии составила 56,2 дня. За это время больные успевали полностью окрепнуть и выписывались из урологического отделения клинически здоровыми.

2. Отдаленные результаты

Отдаленные результаты у наших больных мы рассмотрим отдельно по отношению к оперированным — только эпизиостомия, аденомэктомия— и неоперированным. Всех 209 больных, выписавшихся из нашего урологического отделения, мы изучили методом анкетного опроса и от 192 получили ответ. Со времени выписки и операции этих больных прошли следующие сроки: от 1 до 2 лет — 68 больных, от 2 до 3 — 35, от 3 до 4— 47, от 2 до 5 — 29, от 5 до 6 лет — 20 больных.

Таким образом, мы проследили результаты лечения у 91,9% наших больных. Не получено сведений от 17 человек /8,1%/.

Мы ставили нашим больным следующие вопросы, в зависимости от того, в каком состоянии они выписывались из урологического отделения: 1/ общее состояние здоровья, 2/ харак-

тер акта мочеиспускания, 3/ какое улучшение дало консервативное и оперативное лечение, 4/ доволен ли больной операцией аденомэктомии, 5/ работоспособность больного, 6/ состояние половой функции.

Из 28 неоперированных больных на нашу анкету ответы получены от 23-х. Ответ виден из таблицы 53.

Таблица 53

Состояние неоперированных больных

Выписано из отделения	- 28 чел.
Ответ получен от	- 23 "
Чувствуют себя здоровыми.....	- 6 "
Считают себя больными	- 15 "
Работают	- 6 "
Неработоспособны	- 15 "
Умерло	- 2 "

Из таблицы видно, что 15 человек считают себя больными, они же не работают в силу своей болезни. 6 человек считают себя здоровыми и работоспособными. Надо отметить, что эти последние были в состоянии I стадии болезни. 2 человека умерло /III ст./. Причиной смерти у этих больных послужили несчастные случаи.

Из тех, которые считают себя больными - 9 человек лечатся синэстролом, но заметного облегчения мочеиспускания у них не наступает.

Из 40 больных, выписавшихся с надлобковым свищем, на нашу анкету получен ответ о 29, которым аденомэктомия была

противопоказана ввиду наличия у них значительных патологических процессов других органов /сердце, легкие, почки/, что являлось противопоказанием к аденомэктомии. Ответ дан в таблице 54.

Таблица 54

Состояние эпицистостомированных больных

Выписано из урологического отделения с постоянным мочевым свищем	- 40 чел.
Ответ получен от	- 29 чел.
Считают себя: I/ здоровыми	- I чел.
2/ больными	- I2 чел.
Работает	- I чел.
Неработоспособных	- I2 чел.
Дренажем пользуются	- 9 чел.
Дренажем не пользуются /потеряли его/..	- 4 чел.
Состояние половой функции:	
I/ сохранилась у	- 2 чел.
2/ отсутствует у	- II чел.
Умерло	- I6 чел.

Из настоящей таблицы мы видим, что сведения получены о 29, из которых умерло I6 человек. Причиной смерти у этих последних послужили другие тяжелые заболевания. Например, в анкетах указаны следующие причины смерти: сердечная астма, паралич сердца, недостаточность сердца, миокардиосклероз, гипертоническая болезнь, старческая дряхлость, рак желудка, рак мочевого пузыря и проч. Эти сведения вписывались в анкету участковыми врачами и фельдшерами медпунктов.

Следовательно, отдаленные исходы у этой категории больных свидетельствуют о том, что не всех их можно было подвергать второму моменту операции. Настаивать на одномоментной аденомэктомии, как это предлагает А.Портной /клиника проф.А.М.Гаспаряна/, мы считаем нецелесообразным.

Из 13 ответивших на нашу анкету 12 человек считают себя больными, неработоспособными и лишь один — здоровый /работает/. 4 человека потеряли резиновый дренаж и мочатся по каналу свободно. Остальные больные 1/9 чел./ пользуются дренажем. Эти больные жалуются на постоянные рези в уретре. Половая функция сохранилась у 2 человек и отсутствует у 11.

Из 141 человека, выписанных из урологического отделения после операции аденомэктомии, ответы получены о 130. 4 человека в 1953 году сменили адрес, поэтому сведениями о состоянии их здоровья мы не располагаем. 7 человек на анкету не ответили. Со времени операции аденомэктомии прошли следующие сроки: от 1 до 2 лет — 52 больных, от 2 до 3 — 32, от 3 до 4 — 28, от 4 до 5 — 15, от 5 до 6 лет — 13 больных. Ответ дан в таблице 55.

Таблица 55

Состояние больных после операции аденомэктомии

	Абсол. колич.	в %
Выписано из урологического отделения	141 чел.	—
Ответ получен от	130 "	100
Чувствуют себя здоровыми...	124 "	95,39
Работают	92 "	70,77
Не работают	32 "	24,62
Сохранилась половая функция у	88 "	67,69
Отсутствует половая функция у	36 "	27,69
Умерло	6 "	4,61

Из таблицы видно, что мы проследили результаты радикального лечения у 92,2% наших больных. Довольны опера-

цией 124 человека /95,39/. Из 130 человек, бывших до операции неспособными к труду, 92 стали работоспособными. Более того, из 32 неработающих у 26 человек совершенно прекратились дизурические расстройства, мочатся они по каналу без болей и только у 6 человек остались рези при мочеиспускании. Эти больные в разные сроки после операции госпитализировались в урологическое отделение повторно. Причиной дизурических явлений у 4 человек являлись цистит, фосфатурия /септическая/, камни простатического ложа у двух больных, причем эти последние до аденомэктомии лечились синэстролом. Всем им проведено соответствующее лечение: 4-м консервативное, у 2-х применено оперативное вмешательство -высокое сечение мочевого пузыря, удаление камней из лакуны простаты. Выписались они клинически здоровыми.

Из таблицы видно, также, что, несмотря на довольно преклонный возраст наших больных /65-80 лет/, половая функция у 88 человек /67-69%/ сохранилась и лишь у 36 отсутствует /27,69%/. 6 человек умерло в разные сроки после операции от следующих причин: от сердечно-легочной недостаточности /2 чел./, от кровоизлияния в мозг /2 чел./, от туберкулеза легких /1 чел./ и геморрагической анемии на почве язвенной болезни желудка /1 человек/.

3. Сравнительная характеристика методов

терапии аденомы предстательной железы

Сопоставляя результаты разных видов терапии как по нашим, так и литературным данным, мы видим, что при III, а отчасти и при II стадии болезни консервативная терапия

/катетеризация, постоянный катетер в сочетании с противовоспалительными средствами/ как самостоятельный метод лечения больных аденомой предстательной железы является неэффективным методом. В настоящее время она применяется для подготовки больного к радикальной операции. По данным литературы летальность при консервативной терапии колеблется от 8 до 26% /Г.Я.Алапин, В.Н.Дунашев, Я.З.Пикус/, а по данным М.А.Мухаринского, она составляет 32,6%. Эти данные говорят сами за себя. Поэтому метод консервативной терапии показан в случаях I стадии болезни и тогда, когда не показано какое-либо хирургическое вмешательство вообще.

Из других методов консервативной терапии, в первую очередь гормональное лечение за последние годы получило широкое распространение. Однако клинические наблюдения ряда авторов /Б.В.Ключарев, И.И.Соболев, А.А.Лапин и др./ над больными аденомой предстательной железы показывают, что как эстрогены, так и андрогены благотворное влияние оказывают в I, реже II ст. болезни. Их влияние носит временный характер, болезнь, хотя медленно, неуклонно прогрессирует.

А.Б.Топчан и А.А.Померанцев, предложившие для лечения больных аденомой предстательной железы большие дозы син-эстрола, указывают, что под влиянием его наступают атрофические процессы в аденоматозной железе, и что она уменьшается в размерах, а следовательно, в связи с этим восстанавливается у больных мочеиспускание.

Однако, наши гистологические исследования аденом, удаленных оперативным путем, показывают, что хотя и происходит атрофический процесс аденоматозной предстательной же-

лезы, но вес и размер ее не уменьшаются. Разницы в весе между аденомами леченных и не леченных синэстролом мы не наблюдали /гл.П/.

У наблюдавшихся нами больных улучшение акта мочеиспускания от лечения синэстролом всегда было кратковременным, задержка мочи повторялась, что служило показанием к оперативному вмешательству.

Наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что больной, как правило, на период лечения синэстролом отрывается от работы и неизбежно становится нетрудоспособным. И, несмотря на терпение больного и затрату сил врача, гормонотерапия не окупается конечными результатами — задержка мочи наступает повторно, болезнь прогрессирует. Следовательно, приходится оперировать больных при худших для них условиях.

Примером может служить следующее наблюдение:

Больной С., 66 лет /ист.бол. № 734/, обратился за помощью 22 мая 1950 года. После употребления браги 2 мая 1950 г. у него внезапно наступила полная задержка мочи. При обследовании у больного оказалось: остаточной мочи 50 мл., предстательная железа плотная, уплощена, величиной с грецкий орех, безболезненная. В течение 3-х недель проводилась катетеризация мочевого пузыря, применялись антибиотики, синэстролотерапия по методике Толчан и Померанцева. Состояние больного улучшилось, мочеиспускание восстановилось. Однако, вскоре наступил рецидив болезни /через 1,5 месяца/, ему повторно проводилось лечение синэстролом /по 20 мг в день/.

Кратковременность уменьшения симптомов расстройств мочеиспускания, несмотря на регулярное в течение 3-х лет лечение синэстролом, заставляла больного часто обращаться за помощью в областной центр. 20/IX-1952 г. /в 9-й раз/ состояние больного было еще удовлетворительное, но мочеиспускание затрудненное, мочился через 3 часа с режками в уретре. Остаточной мочи 100 мл. За указанный период больной принял синэстрола 6000 мг /300 амп. 2% раствора/. От операции он отказался. Это заставило нас продолжать лечение синэстролом /по 20 мг на инъекцию в сутки/.

После 30 инъекций по 1,0 2% раствора и антибиотиков наступило улучшение, продолжавшееся около года. 2/IX-1953 года внезапно наступила острая задержка мочи, течение болезни приняло бурный характер, больной в тяжелом состоянии был доставлен в урологическое отделение. Остаточной мочи 500 мл. Предстательная железа размером 5х7 см, плотно эластической консистенции, безболезненная. Явно выражен гнойный уретрит /результат 3-х дневной катетеризации/. 7/IX-1953 г. ему произведена операция эпизиостомии.

Заслуживает внимания то обстоятельство, что этот больной в течение прошедших 3-х с лишним лет из-за своей болезни не работал. Уже на шестом месяце от начала лечения синэстролом он был переведен на инвалидность.

У всех наших больных, лечившихся синэстролом, наступала острая задержка мочи или болезнь сопровождалась довольно выраженными дизурическими расстройствами и осложнялась гнойным уретритом и циститом. Они поступали в урологическое отделение в порядке неотложной помощи, им мы сначала отводили мочу через надлобковый свищ, а затем производили аденомэктомию.

На других методах терапии, консервативных и паллиативно хирургических /рентгенотерапия, вазорезекция, подшивание к брюшной стенке пузыря, резекция предстательной железы и др./ мы останавливаться не будем, ибо они не оправдали себя на практике, поэтому рекомендовать их нет необходимости.

Метод радикальной хирургической терапии - аденомэктомия - в настоящее время получил наибольшее распространение по сравнению с другими видами терапии.

Основоположникам отечественной урологии /С.П.Федоров, Б.Н.Хольцов/ принадлежит заслуга в вопросах разработки

хирургии предстательной железы, в частности методов удаления аденомы предстательной железы надлобковым доступом — одномоментно по С.П.Федорову и двухмоментно по Б.Н.Хольцову.

Надлобковая одномоментная и двухмоментная аденомэктомия в практике наших лечебных учреждений получила широкое распространение и считается операцией наиболее радикальной, дающей наилучшие непосредственные и отдаленные результаты. Улучшение техники операции, подготовительного периода, послеоперационного ведения больного, широкое применение антибиотиков дали возможность снизить летальность до 1-2%, а сама операция стала доступной рядовому хирургу и урологу также и в условиях районной больницы /а это важно/.

В пользу чрезпузырной аденомэктомии говорят многочисленные наблюдения советских авторов, оперировавших по методу С.П.Федорова и особенно Б.Н.Хольцова. Последний метод в настоящее время получил наибольшее распространение среди хирургов и урологов, потому что в хирургический стационар больные поступают с полной, чаще острой задержкой мочи.

Операция в два этапа является наиболее щадящей для этих больных. Она сравнительно легко переносится ими и дает наилучший непосредственный функциональный результат и довольно низкую летальность.

В нашей стране, где забота о человеке и его здоровье — главная задача государства, радикальная аденомэктомия, разработанная и предложенная полвека назад С.П.Федоровым и Б.Н.Хольцовым, получила широкое развитие.

Послеоперационная летальность при двухмоментной аденомэктомии, по данным большинства авторов /А.А.Чайка,

Б.Н.Хольцов, И.Н.Шапиро и др./, не превышает 3%. На нашем материале она составила 1,5%, причем мы оперировали преимущественно больных в состоянии III стадии болезни, отягощенных осложнениями. Отдаленные результаты являются лучшим подтверждением правильности хирургического метода терапии и показаний к оперативному вмешательству, которыми мы руководствовались.

Из 141 выписавшегося из урологического отделения больного на нашу анкету ответило 92,2%. Довольны операцией 95,39%. Кроме того, наши больные, помимо ответов на анкету, сообщили в письмах искреннюю сердечную благодарность за произведенную им операцию. Многие до операции были лишены возможности участвовать в общественной жизни, после же операции 70% возвратились к труду.

Приведем несколько примеров из анкет и писем больных.

Анкета № 14. Ответ от П., 72 лет, оперированного 17/III-1953 г. Он пишет: "Здоровье мое замечательное. Через 3 месяца после операции я снова в рабочем строю-работаю слесарем-плотником, строю шлакобетонный свинарник в колхозе. До 50 кг поднимаю тяжести и не чувствую усталости и боли в организме".

Анкета № 4. Ответ от К., 66 лет, оперированного 6/II-1953 года. "Через 2 месяца после выписки из больницы приступил к труду. Раньше работал у печей, сейчас профессию сменил: работаю контролером в отделе технического контроля Пышминского кирпичного завода. Сердечно благодарю за произведенную мне операцию. Привет всему коллективу урологического отделения".

Анкета № 12. Ответ от К., 65 лет, оперированного 10/VI-1952 года. "Чувствую себя хорошо, как будто на 10 лет помолодел. Благодаря произведенной мне операции работу возобновил зав.техснабом".

- Анкета № 19. Ответ от С., 77 лет, оперированного 7/III-1952 года. "Очень доволен операцией, благодарю которой могу работать. От души благодарю Вас за Ваше чуткое отношение и своевременную оказанную мне медицинскую помощь".
- Анкета № 14. Ответ от З., 77 лет, оперированного 2/III-1951 г. "Дорогие мои друзья! Я жив и здоров. Состояние здоровья мое хорошее: мочусь по каналу свободно, болей нет. Работать могу на разных работах. После операции не болел. Благодарю за внимание, лечение и отличный уход".
- Анкета № 8. Ответ от С., 74 лет, оперированного 20/III-1951 г. "От всей души благодарю Вас за спасение моей жизни. Чувствую себя хорошо, работаю в колхозе".
- Анкета № 12. Ответ от Ч., 72 лет, оперированного I/VI-1950 года. "Жив и здоров. Мочусь по каналу свободно, болей нет. Раньше 6 лет не работал. Благодаря операции сейчас работаю. Благодарю за Ваше старание, рад за то, что отвели меня от плохой жизни".
- Анкета № 9. Ответ от К., 77 лет, оперированного 15/IX-1950 г. "Сообщаю, что я жив и здоров". После операции чувствую себя хорошо. По каналу мочусь хорошо. По дому выполняю все работы. Имею II гр. инвалидности".
- Анкета № 14. Ответ от К., 63 лет, оперированного 12/IV-1949 года. "Спасибо за заботу обо мне. Чувствую себя удовлетворительно. После операции мочусь по каналу свободно, болей нет. Работаю шорником. Беспокоят меня левая паховая грыжа и головная боль. Кровяное давление 195".
- Анкета № 8. Ответ от К., 69 лет, оперированного 21/IX-1949 года. "Состояние здоровья хорошее, мочусь по каналу свободно, работаю в колхозе. Благодарю врачей за лечение".

Приведенные краткие выписки из анкет и писем наших в прошлом больных свидетельствуют о том, что радикальное оперативное лечение вернуло им утраченное здоровье. Оно /оперативное лечение/ им дало возможность быть полезными членами социалистического общества. Несмотря на преклонный

возраст наших бывших больных, теперь здоровых людей, большинство из них вернулось к труду.

В заключение настоящей главы мы должны указать, что при аденоме предстательной железы, независимо от стадии ее, лечение следует начинать с общеизвестных консервативных методов /катетеризация, постоянный катетер, антибиотики, переливание крови там, где это показано, общеукрепляющее организм лечение, надлобковый свищ/. Это явится предварительным этапом подготовки больного к радикальной операции, — аденомэктомии, — тогда всегда можно рассчитывать на благоприятный исход последней. Однако мы считаем, что нет необходимости долго применять катетеризацию и постоянный катетер, так как длительность патологического процесса при аденоме предстательной железы подрывает компенсаторные и запасные силы всего мочевого тракта. Аденома предстательной железы не местное, а общее заболевание организма, характер которого зависит от целого ряда внешних факторов и реактивности организма.

Еще на 21 съезда Российских хирургов /1929/ Н.Ф.Лежнев указал, что "Гипертрофия простаты — тяжелое системное заболевание, при котором только ранняя операция /аденомэктомия/ на все 100 процентов сохраняет больным нормальное существование". Мы можем добавить, что операция аденомэктомии не только сохраняет нормальное существование больным, но большинство из них возвращается к труду.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В основу настоящей работы были положены клинико-патолого-анатомические наблюдения. Мы изучили 226 историй болезни больных аденомой предстательной железы, находившихся на лечении в урологическом отделении за период 5 лет /1949-1953/.

Изученный нами материал показал, что клинические явления при аденоме предстательной железы наблюдаются в возрасте от 50 до 80 лет /99,2%/.

Из 226- 87,17% больных поступило в состоянии III стадии болезни /в том числе остро текущая форма/, 9,29% - во II стадии и 3,54% - в I стадии. У 62,9% больных III стадии с длительным анамнезом наблюдалась вполне доброкачественно протекавшая болезнь; у 37,1% больных болезнь развивалась в течение от нескольких дней до месяца, скоро заканчивалась полной задержкой мочи, часто внезапной. Клиническое течение болезни не укладывалось ни в стадии по Гюйону, ни в клиническую классификацию Дунаевского.

Практическая работа и анализ историй болезни позволил установить, что острая задержка мочи у большей части больных наступала в результате влияния на организм неблагоприятных факторов /алкоголь, переохлаждение тела и пр./, изменяющих реактивность организма и его нервной системы.

Оперативному методу лечения было подвергнуто 196 больных аденомой предстательной железы. 144- произведена аденомэктомия, 32 из них оперированы в разные периоды лечения

синэстролом. 52 больным был наложен только надлобковый мочепузырный свищ, у 40 из них он остался постоянно.

Мы тщательно изучили также макро-и микроскопическое строение 138 аденом, из них 109 были удалены у больных, не лечившихся синэстролом и 29- у лечившихся.

Сопоставление клинических и морфологических данных позволило нам выяснить некоторые трудности техники аденомэктомии у больных, лечившихся большими дозами синэстрола /от 3600 до 14000 мг на курс/. Анализ историй болезни показал, что из 32 больных, лечившихся синэстролом, лишь у 12 вылущение аденомы предстательной железы было легким, у остальных же представляло значительные затруднения, а именно: у 12 - в отдельные моменты операции из-за сращений аденома выстригалась ножницами. В некоторых случаях /7/ аденоматозные узлы удалялись отдельно, а также применялся метод кускования в связи с фиброзом предстательной железы /у 4 из 7/. У одного больного /история болезни № 456I/ операция закончилась частичным иссечением предстательной железы из-за выраженного фиброза. В 15 случаях отсекалась аденома от уретры.

Сроки лечения синэстролом у этих больных были от 6 месяцев до 5 лет.

Между тем, из 99 не лечившихся синэстролом у 92 больных аденома вылущалась легко и лишь у 7 затрудненно.

Из группы больных, лечившихся синэстролом, у 9 операция сопровождалась профузным кровотечением из простатического ложа. У 4-х из них наступило ранее вторичное кровотечение, у одного через 2 часа, у троих - через 4 часа

после операции. У 4-х больных имело место позднее вторичное кровотечение /через 2-5 дней/.

Исследование 109 биопсий и гистотопографических срезов обычной аденомы показало, что адено-кистозная форма аденомы предстательной железы составила 78,9%, пролиферирующая адено-кистома - 10%, адено-фиброзная - 3,7%, адено-мышечная - 1,8% и адено-мио-фиброзная - 1,8%. Рак составил 3,7%.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что железистая форма аденомы предстательной железы встречается наиболее часто. Обычно относительно редко встречаются аденомы с пролиферацией эпителия. Однако на нашем материале она имела место чаще /10%/, чем по данным Л.М.Шабада /4%/ и Б.В.Ключарева /1,1%/.

Гистологическое исследование срезов через всю аденому предстательной железы, взятых у 29 больных, леченных синэстролом, показало, что адено-кистозная форма составила 15 случаев и смешанная - 14.

В этой группе аденом, кроме нарастания соединительной ткани и увеличения количества смешанных форм, некоторые изменения отмечаются и в самой паренхиме аденом.

Кистозно-растянутые железистые трубочки встречаются и у не леченных и леченных больных синэстролом, но у последних они, как правило, наблюдаются реже, расположены дальше друг от друга, не складывающиеся в дольки, расположенные нередко беспорядочно, разделены более толстыми прослойками соединительной ткани и мышечных волокон и мельче по размерам.

Чаще встречаются в этой группе аденом вытянутые железки с овальным или щелевидным просветом, иногда настолько сдавленные окружающей соединительной тканью, что они принимают вид узких солидных тяжей.

Наряду с некоторой атрофией железистых трубочек, у больных, леченных синэстролом, несколько чаще наблюдается и пролиферация эпителия. У больных, не леченных синэстролом, она наблюдалась в II случаях из 109 /10%/, у леченных синэстролом имела место в II наблюдениях из 29, т.е. более, чем в 1/3 случаев.

Кровеносные сосуды с утолщенной, иногда гиалинизированной стенкой мы также чаще наблюдали в аденомах после лечения синэстролом.

Что касается веса аденом у больных, леченных синэстролом, мы не могли отметить резкого его уменьшения. Они преимущественно имели вес выше 50 гр. Вес аденом у не леченных синэстролом в среднем достигал 40-50 граммов.

Эти данные свидетельствуют о том, что, независимо от продолжительности лечения и дозы синэстрола, уменьшения аденомы в весе не наблюдается, хотя изменения в структуре аденоматозной ткани говорят в пользу атрофических процессов в железистых комплексах и нарастания соединительной ткани.

А.Б.Топчан, Я.Л.Рапопорт допускают, что аденоматозные предстательные железы после лечения синэстролом уменьшаются в размерах вследствие атрофии железистых элементов.

Мы считаем, что если это уменьшение железы в размерах и наблюдается, то не за счет атрофического процесса в аденоме, а, главным образом, вследствие уменьшения застойных

явлений в органах малого таза, в результате уменьшения или исчезновения отека ткани предстательной железы.

Таким образом, мы могли отметить, что у больных, леченных синэстролом, соотношение тканей в аденоме предстательной железы меняется. Уменьшается количество паренхимы, увеличивается соединительнотканная строма. Повидимому, действие синэстрола способствует образованию сращений между аденомой и железой, в результате теряются границы между ними. При таком состоянии ухудшаются условия вылушения аденомы тупым путем, теряется, таким образом, та легкость удаления ее, которая имеет место при обычной аденоме.

Мы проследили также ближайшие и у большей части больных /192/ отдаленные результаты после неоперативного и оперативного методов лечения, что позволило нам более объективно оценить тот или иной вид терапии аденомы предстательной железы.

Консервативное лечение /катетеризация, антибиотики, сульфамиды, синэстрол, тонизирующие организм лекарственные средства и пр./ мы применили 8 больным при I стадии, 21 - при II стадии и 18 - при III стадии болезни.

Положительный клинический эффект получен у всех больных при I стадии и лишь у 3- при II. У 8 больных при III стадии болезни от консервативного лечения наступило некоторое улучшение, у 9 - отрицательный эффект, один больной умер.

Из 28 больных, выписавшихся после консервативного лечения, на нашу анкету ответы получены о 23, 6 человек /при I стадии болезни/ считают себя здоровыми и работают.

15 человек /при II и III стадиях болезни/ считают себя больными и нетрудоспособными. 2 человека умерло /III ст./.

Из 40 больных /при III стадии болезни/, выписавшихся с надлобковым свищем, которым аденомэктомия была не показана в виду глубоких органических заболеваний других органов, на нашу анкету ответы получены о 29. 16 из 29 больных умерли от разных причин /старческая дряхлость, гипертоническая болезнь, недостаточность сердца и т.д./. 12 человек считают себя больными и нетрудоспособными. И лишь один человек — здоров и работает.

Наблюдения и анализ анкетного материала этой категории больных показали, что не всех их можно было подвергать второму моменту операции. Хотя аденомэктомия технически выполнима легко, однако она не безразлична для ослабленного организма.

Из 144 больных /18 при II стадии и 126 — при III стадии болезни/, подвергшихся операции аденомэктомии /13 — одномоментно и 131 — двухмоментно/, полное клиническое выздоровление наступило у 97,22% больных, улучшение — у 0,7. Общая летальность составила 2%.

На 131 больного, оперированного двухмоментно по Б.Н.Хольцову, наступило выздоровление у 129 человек /98,48%/, летальность составила 1,5%.

Мы проследили отдаленные результаты у 130 из 141 выписавшегося больного после аденомэктомии. Довольны операцией 124 чел. /95,3%/, из них 70,77% возвратились к труду, несмотря на преклонный возраст их.

Сопоставляя результаты разных видов терапии, приме-

нявшихся у наших больных, мы видим, что при II и III стадиях болезни консервативная терапия не дает клинического эффекта, а летальность при ней по данным разных авторов /Г.А.Алапин, Я.З.Пикус, М.А.Мухаринский и др./ колеблется от 8 до 32,6%.

Таким образом, ближайшие и отдаленные исходы операции аденомэктомии /от 2 до 7 лет/ дают нам право рекомендовать ее как единственно радикальный метод лечения больных аденомой предстательной железы.

Среди наших больных /226/ 32 до операции аденомэктомии лечились синэстролом. 2I больной в урологическое отделение поступил с острой задержкой мочи, наступившей в разные периоды лечения их синэстролом. II больным в промежуток между I и II этапами операции применялся также синэстрол, но мочеиспускание у них не восстановилось. Всем больным была произведена аденомэктомия.

Эти данные свидетельствуют о том, что после применения синэстрола, независимо от количества вводимого препарата и длительности лечения, болезнь всегда принимала III стадию. Нередко острая задержка мочи наступала внезапно и больные подвергались оперативному вмешательству в неотложном порядке. Мы также не могли отметить восстановления мочеиспускания у больных, лечившихся синэстролом, у которых мочевого пузыря предоставляется покой надлобковым мочепузырным свищем. Это служило у них показанием к аденомэктомии.

Заслуживает отметить, что даже авторы метода /А.Б.Топчан, и А.А.Померанцев/ от синэстролотерапии получили высокий процент неудач /23,8%.

Наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что

клинический эффект от применения синэстрола является кратковременным. Наличие нарастания фиброза в аденомах, часто наблюдаемую пролиферацию эпителия железистых комплексов и ряд осложнений, имеющих место во время аденомэктомии, требует от врача соблюдения известной осторожности в дозировке препарата при лечении больных аденомой предстательной железы.

Кроме того, как литературные данные /А.А.Лапин и др./, так и наши клинические наблюдения показывают, что синэстрол оказывает феминизирующее действие на мужчин /набухание грудных желез, пигментация кожи мошонки, потеря полового влечения и возбуждения/.

Применение синэстрола допустимо лишь в малых количествах /10-20 мгр. в день/ и в случаях, когда хирургическое вмешательство противопоказано вообще.

Мы полностью придерживаемся положений, высказанных Н.Ф.Лежневым и Б.Н.Хольцовым: "Гипертрофия простаты - тяжелое системное заболевание, при котором только ранняя операция на все сто процентов сохраняет больным нормальное существование" /Н.Ф.Лежнев/.

"Если принять в соображение, что 14-20% больных с гипертрофией простаты обречены в будущем иметь рак и прибавить эту перспективу к создаваемым гипертрофией предстательной железы другим угрозам для жизни больного, то и для самых предубежденных должна стать ^{очевидной} необходимость удаления гипертрофированной железы в ранней стадии ее появления. Оно и явится самым радикальным профилактическим мероприятием" /Б.Н.Хольцов/.

В результате исследований мы выяснили ряд причин, которые влияют на характер клинического течения аденомы предстательной железы. Выяснили также некоторые условия, ведущие к затруднениям во время вылушения аденомы и связанные с ними осложнения. Наконец, нами показана целесообразность двухмоментной аденомэктомии независимо от возраста больного, формы течения аденомы простаты и инфицирования мочевых путей.

Однако наши исследования не позволяют всесторонне и исчерпывающе осветить такие вопросы, как изменение гистологической картины в аденомах предстательных желез и встречающихся осложнений при операции аденомэктомии после лечения больных синэстролом, и потому мы описали только некоторые их стороны.

ВЫВОДЫ

1. Учение об аденоме предстательной железы обязано своим развитием в первую очередь отечественным ученым.

2. Аденома предстательной железы — весьма распространенное заболевание. Оно обычно развивается у людей старше 50 лет и без лечения приводит больных к смерти. На нашем материале клинические проявления болезни наиболее часто наблюдались в возрасте 50–80 лет /99,2%/.

3. За 5 лет мы наблюдали 226 больных аденомой предстательной железы. 87,17% из них поступило в состоянии III стадии болезни, 9,29% — во II и лишь 3,54% — в I стадии. В 37,1% случаях /III стадия/ болезнь протекала остро. Эта категория больных нуждалась в немедленном отведении мочи методом эпицистостомии.

4. Преимущественно мы применяли оперативный метод лечения — надлобковый свищ и аденомэктомию /196 человек/.

5. После лечения больных синэстролом более часто встречались смешанные формы аденом, чем у не леченных им. Рельефнее выражены метаплазия и пролиферация эпителия после воздействия препарата на аденому. Железистые комплексы, а равно и железистые трубочки нередко представляются измененными. В этих случаях строма преобладает над паренхимой.

6. Как следствие этих дегенеративных изменений образуются сращения между аденомой и ее ложем. Иногда наблюдается фиброз предстательной железы. Это затрудняет вылушивание аденомы. Пересечение фиброзных сращений или иссечение аденоматозной ткани приводит к профузному кровотечению из

простатического ложа.

7. Как литературные данные, так и наши клинические наблюдения над больными, леченными синэстролом, свидетельствуют о том, что метод синэстролотерапии не достигает основной цели — не избавляет больного от недуга, и потому на радикализм рассчитывать не может. Показания к радикальному оперативному методу лечения — аденомэктомии — остаются прежними.

8. Отрицательной стороной лечения аденомы предстательной железы синэстролом является феминизирующее действие препарата.

9. Данные о ближайших и отдаленных исходах операции аденомэктомии /до 7 лет/ дают нам право рекомендовать ее /операцию/ как наиболее радикальный метод лечения больных аденомой предстательной железы, независимо от возраста больного, стадии болезни и инфицирования мочевых путей.

В заключение приношу глубокую благодарность доктору медицинских наук Б.В.КЛЮЧАРЕВУ за руководство при выполнении настоящей работы.

Выражаю искреннюю благодарность доктору медицинских наук М.П.ГОРЮНОВОЙ за консультацию при изучении и описании микроскопических препаратов.

Пользуюсь случаем поблагодарить главного врача Свердловской областной клинической больницы М.С.Левченко, а также сотрудников патолого-анатомического отделения прозектора Е.В.ГОРБУНОВУ и лаборанта А.Г.ОРЛОВУ за оказанное содействие в оформлении настоящей работы.

УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ.

1. АБРИКОСОВ А.И. и СТРУКОВ А.И. - Патологическая анатомия, часть II, 1954 г.
2. АВДЕЕВ А.А. и ЧЕНЦОВА З.Ф. - Надлобковая внепузырная простатэктомия.
Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.107.
3. АВРОВ Е.Н. - Труды 21 съезда Российских хирургов, 1930, стр.356 (прения).
4. АЛАПИН Г.Я. - Хирургическое лечение гипертрофии простаты.
Советская хирургия, 1935, № 2, стр.10.
5. АЛАПИН Г.Я. - Лечение гипертрофии простаты.
Врачебное дело, 1947, № 7, стр.557.
6. АЛАПИН Г.Я. - Современное лечение аденомы простаты.
Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.98
7. АЛЕШИН Б.В. и НИКОЛАЙЧУК - Новые данные о взаимодействии гуморальных и нервных факторов в регуляции гормонообразования в гипофизе.
Труды III Всесоюзного съезда физиологов, биохимиков, фармакологов, 1947, стр.571
8. АРХАНГЕЛЬСКИЙ С.Х. - О влиянии полного или частичного удаления мозгового придатка на животный организм.
Медико-биологический журнал, 1925, вып.4, стр.38.
9. АСРАТЯН Э.А. - Компенсаторные приспособления центральной нервной системы.
В кн.: "Учение И.П. Павлова в теоретической и практической медицине", 1951, стр.64
10. АСРАТЯН Э.А. - Об охранительном торможении и его значение в медицине.
В кн.: "Учение И.П. Павлова в теоретической и практической медицине", 1951, стр.44

11. АЙВАЗЯН А.В. - Толкование лечения гипертрофии предстательной железы с позиций учения академика И.П.Павлова. Известия Академии Наук Армянской ССР. Биологические и сельскохозяйственные науки. 1953 г., т.6, № 2, стр.95.
12. БАРУЛИН К.И. - Химия и фармакодинамика половых гормонов и их синтетических аналогов. В сборнике: "Вопросы практической урологии. Москва, 1949, стр.85.
13. БЕЛОВ Н.А. - Секреторная деятельность простаты и синергетика ее гормонов и тестикул. Новое в медицине, сборник статей, 1912, № 6, 7
14. БЕРЕЗКИН Ф.И. - К казуистике лечения гипертрофии простаты кастрацией и перевязкой семенного канатика. Медицинское обозрение, 1896, т.XIV, стр.12.
15. БЕРМАН А.М. - Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Диссертация, 1947 (реферат).
16. БЕЙРАХ И.С. - О влиянии простатотоксической сыворотки на предстательную железу. Урология, 1940, № 4, стр.36
17. БОНДАРЬЕВ И.А. - Резекция семявыносящих протоков при гипертрофии предстательной железы. Хирургия, 1902, стр.440.
18. БОРИСОВСКИЙ Н.М.- Патогенез аденомы простаты. Урология, 1933, Т.X, вып.2, стр.46.
19. БОРИСОВСКИЙ Н.М.- К технике вылушения аденомы простаты. Урология, 1934, Т.XI, вып.1/39, стр.34.
20. БОРИСОВСКИЙ Н.М.- Патогенез так называемой гипертрофии предстательной железы. Диссертация. Ленинград, 1941.

21. БОРМАН В. - К вопросу об иннервации предстательной железы.
Диссертация. Казань, 1896.
22. БОЧКАРЕВ П.В. - Эндокринология мужской половой системы.
Монография. Москва, 1928.
23. БРИН Д.Г. и СОКОЛЬСКАЯ И.А. - Кетостероиды при раке и гипер-трофии простаты.
Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, Медгиз, 1954, стр.91.
24. БЫКОВ К.М. и КУРЦИН И.Т. - Кортико-кисцеральная теория патогенеза язвенной болезни.
Изд. А.М.Н. СССР, Москва, 1949.
25. БЫКОВ К.М. - Кора головного мозга и внутренние органы. Изд. 2-е, 1947.
26. ВАСИЛЬЕВ М.А. - О влиянии резекции семявыносящего протока на тонус сфинктера мочевого пузыря.
Русский хирургический архив, 1908, кн.1, стр.85
27. ВАШКЕВИЧ Е.Ф. - Диагностическое значение эозинофилии при гипертрофии простаты.
Труды XIII съезда Российских хирургов, 1925, стр.455.
28. ВЕЛЬЯМИНОВ Н.А. - Клинические наблюдения над так называемыми "историческими опухольями" молочных желез в связи с вопросом о железах внутренней секреции.
Известия Импер. В.М. Академии, 1914, т.25, 4.
29. ВЕРТКИН И.М. - К вопросу о гипертрофии простаты.
Урология, 1931, т.8, вып.1/31/, стр.30.
30. ВИШНЕВСКИЙ А.В. - К вопросу о физиологическом действии предстательной железы.
Русский врач, 1909, № 46, стр.7553.
31. ВИШНЕВСКИЙ А.В. - О регенерации предстательного отдела уретры применительно к экспериментальному изучению последствий простатэктомии.
Казанский медич. журнал, 1911, стр.94.

32. ВИШНЕВСКИЙ А.В. - Новокаиновый блок в урологии.
Урология, 1934, Т. XI, стр. 1.
33. ВИШНЕВСКИЙ А.В. - (Приведено по Д.Е. Левант).
34. ВОЛЫЯН И.Г. - Ближайшие результаты чрезпузырной простатэктомии.
Урология, 1940, № 4, стр. 47.
35. ВОРОБЦОВ В.И. - Мочевая инфекция и борьба с ней при гипертрофии простаты.
Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр. 109.
36. ВОСКРЕСЕНСКИЙ Д.Г. - К оценке конечных результатов простатэктомии, 8-й съезд Российских хирургов.
Хирургия, 1909, № 25.
37. ВОСКРЕСЕНСКИЙ Г.Д. - Простатома и простатизм. К вопросу о старческих расстройствах мочеиспускания.
Медицинское обозрение, 1917, Т. XXXVII, стр. 150.
38. ВОСКРЕСЕНСКИЙ Н.Д. - Урология, 1924.
39. ВОЙТАШЕВСКИЙ Я.Б. и СПЕРАНСКИЙ В.А. - Вазэктомия при гипертрофии простаты.
Врачебное дело, 1935, № 5, стр. 455.
40. ГАЛЫПЕРН Н.С. и ДУБОВЫЙ Е.Д. - Отдаленные результаты рентгено-терапии гипертрофии простаты.
Советская хирургия, 1935, № 2, стр. 20.
41. ГАР Г.Л. - К вопросу о простатэктомии.
Русский хирург. архив, 1912, № 165, стр. 845.
42. ГАРМАШОВА Н.Л. - К механизму действия пролана и фолликулина (действие пролана и фолликулина в наркозе). Издание В.М.М.А. Ленинград, 1940.
43. ГАСПАРЯН А.М. - Библиография русской урологии, 1930.
44. ГАСПАРЯН А.М. - Урология на Всесоюзных съездах хирургов (обзор). Харьков, 1938.
45. ГАСПАРЯН А.М. - О преклонении перед иностранной наукой (Критический обзор).
Врачебное дело, 1948, № 10, стр. 937.

46. ГАСПАРЯН А.М. - Клиника и лечение злокачественных новообразований мочевого пузыря.
Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.140.
47. ГЕОРГИЕВСКИЙ А.М. - Материалы к топографии нервных узлов и их изменениях при некоторых заболеваниях организма.
Диссертация, Юрьев, 1903.
48. ГЕРРАТ Ф.К. - Холождение при гипертрофии предстательной железы.
Хирургическая летопись, 1895, т.У, кн.7, стр.97.
49. ГЕРЦЕН П.А. - О полной промежностной простатэктомии.
Медицинское обозрения, 1903, № 20, стр.701.
50. ГЕРЦЕН П.А. - О технике чрезпузырной простатэктомии.
Хирургия, 1907, № 125, стр.476.
51. ГЕРЦЕН П.А. - О гипертрофии предстательной железы и ее лечении.
Хирургия, 1910, № 165, стр.300.
52. ГЛАЗУНОВ М.Ф. - Фиброаденома грудной железы и ее место в системе новообразовательных процессов. Понятие о "дисгормональной узловатой гиперплазии", 1938, Т.1У, вып.2, стр.64.
53. ГОЛИГОРСКИЙ С.А. - Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.126 (прения)
54. ГОРАШ В.А. - Труды 21 съезда Российских хирургов, 1930, стр.357 (прения).
55. ГОРАШ В.А. - Практическое применение операции "омоложение" и ее обоснование. Омоложение в России, 1924.
56. ГРИНЕНКО А.Н. - К вопросу о полном удалении предстательной железы при, так называемой, гипертрофии ее.
Диссертация, 1913.

57. ГУСЕВ П.Ф. - 4 случая простатэктомии по способу Фрейера.
Медицинское обозрение, 1910, Т. LXXIV, стр. 348.
58. ДАМСКИЙ А.Я. - К лечению гипертрофии предстательной железы инструментом Гольд - шмидта.
Труды IX съезда Российских хирургов, 1910, стр. 235.
59. ДАМСКИЙ А.Я. - К трансвезикальной простатэктомии на основании 60 собственных наблюдений.
Труды первого съезда Российских урологов, 1927, стр. 144.
60. ДАМСКИЙ А.Я. - Труды 21 съезда Российских хирургов, 1930, стр. 363 (прения).
61. ДЕРЮЖИНСКИЙ С. - Кастрация и перевязка среди других методов радикального лечения гипертрофии предстательной железы.
Диссертация, 1896.
62. ДОМРАЧЕВ И.В. - К вопросу о секреторной иннервации предстательной железы. Казань, 1926.
63. ДРОБНЫЙ Б.А. - Хронический простатит, как этиологический фактор неврастении.
Врачебная газета, 1907, № 16-17, стр. 480.
64. ДРУЖИНИН М. - К вопросу о лечении увеличенной предстательной железы.
Диссертация, Москва, 1887.
65. ДУНАЕВСКИЙ Л.И. и ТЕМКИН И.С. - Вазэктомия при гипертрофии простаты.
Новая хирургия, 1929, № 2, стр. 158.
66. ДУНАЕВСКИЙ Л.И. и ТЕМКИН И.С. - Показания к простатэктомии на основании изучения ближайших и отдаленных результатов различных методов лечения гипертрофии.
Труды 21 съезда Российских хирургов, 1930, стр. 352.
67. ДУНАЕВСКИЙ Л.И. - Этиология и лечение гипертрофии простаты.
Советская клиника, 1931, № 81, стр. 33.
68. ДУНАЕВСКИЙ Л.И. - Этиология гипертрофии простаты.
Урология, 1933, Т. X, вып. 2, стр. 57.

69. ДУНАЕВСКИЙ Л.И. - Гематурия при гипертрофии простаты.
Урология, 1933, т.Х, вып.1, стр.31.
70. ДУНАЕВСКИЙ Л.И. - Трансвезикальный способ лечения гипертрофии простаты.
Советская хирургия, 1935, № 2, стр.13.
71. ДУНАЕВСКИЙ Л.И. - Гипертрофия предстательной железы.
Монография, Биомедгиз, 1935.
72. ДУНАЕВСКИЙ Л.И. и Манучарова - Рентгенотерапия гипертрофии предстательной железы.
Урология, 1940, № 4, стр.61.
73. ДУНАЕВСКИЙ Л.И. и ЗИНОВЬЕВА В.В. - Лечение гипертрофии простаты синэстролом.
Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.100
74. ДУНАШЕВ Н.В. - Гипертрофия предстательной железы.
Урология, 1940, т.27, № 1, стр.107.
75. ЕРУХИМОВ Л.С. - Ближайшие и отдаленные результаты простатэктомии в условиях районной больницы.
Советская медицина, 1954, № 5, стр.18.
76. ЗАЛЬЦБЕРГ И.К. - К казуистике ошибочных простатэктомий.
Урология, 1926, т.III, № 12, стр.103.
77. ЗВЕРЕВ В.М. - Реакция оседания эритроцитов при урологических заболеваниях.
Журнал для усовершенствования врачей, 1928, № 1, стр.26.
78. ЗЛАТМАН Е.Ф. - 528 случаев гематурии.
Урология, 1930, т.УП, вып.3.
79. ЗЛАТМАН Е.Ф. и БЕРМАН Т.Г. - Рентгенотерапия гипертрофии предстательной железы.
Урология, 1937, № 3, стр.27
80. ИВАНОВ-СМОЛЕНСКИЙ А.Г. - Патифизиология высшей нервной деятельности и задачи патологической физиологии.
В кн.: "Учение И.П.Павлова в теоретической и практической медицине, Москва, 1951, стр.5.

81. ИВАНОВ-СМОЛЕНСКИЙ А.Г. - Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности. Медгиз, 1952 г.
82. ИЛЬИНСКИЙ В.П. - Об отдаленных рефlekсах с предстательной железы.
Медико-биологический журнал, 1925, вып.4, стр.52.
83. ИЛЬИНСКИЙ В.П. - Роль предстательной железы в организме.
Урология, 1925, № 7, стр.27.
84. ИЛЬИНСКИЙ В.П. и АБРАМЯН Я.Я. - О преимуществах ранней простатэктомии.
Труды 21 съезда Российских хирургов, 1930, стр.347.
85. ИОВЛЕВ Ф.П. - Влияние внутренней секреции половых и щитовидных желез на рост экспериментальных опухолей.
Труды Всероссийского съезда по борьбе с раковыми заболеваниями, Петроград, 1915.
86. ИРГЕР Ю.М. - Влияние перевязки семявыводящих протоков на простату.
Урология, 1926, т.3, № 14, стр.189.
87. ИРГЕР Ю.М. - Влияние перевязки семявыводящих протоков на простату и яичко.
Диссертация, 1927.
88. КАЗАНСКАЯ Н.И. - К вопросу о метapластической или гетеротопической природе разрастаний эпителия матки, вызываемых эстрогенными веществами.
Архив патологии, 1947, т.9, вып.2, стр.53.
89. КАРАПЕТЯН М.А. - Об обратном развитии гипертрофии предстательной железы.
Сборник трудов кафедры общей хирургии Ереванского медицинского института, 1951, т.1, стр.81.
90. КАРЛОВИЧ Э.И. - О влиянии кастрации на предстательную железу.
Варшава, 1898.
91. КАРО В. - Сущность гипертрофии простаты и ее терапия.
Терапевтическое обозрение, 1912 № 14, стр.397.

92. КАЩЕНКО Л.А. - Действие гонадотропного фактора передней доли гипофиза на семенные пузырьки и яйцеводы.
Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1947, т. XXIV, вып. 6.
93. КЛЮЧАРОВ Б.В. - Экспериментально-очаговая гиперплазия предстательной железы.
Диссертация, Ленинград, 1946.
94. КЛЮЧАРОВ Б.В. - Этиология так называемой гипертрофии предстательной железы.
Врачебное дело, 1948, № 9, стр. 801.
95. КЛЮЧАРОВ Б.В. - Гормонотерапия при, так называемой, гипертрофии предстательной железы.
Врачебное дело, 1949, № 5, стр. 485.
96. КЛЮЧАРОВ Б.В. - Аденома предстательной железы.
В книге: "Новообразования органов мочеполовой системы", Ленинград, 1950, стр. 104.
97. КЛЮЧАРОВ Б.В. - Изменения предстательной железы, экспериментально вызванные полианолом.
Архив патологии, 1947, № 2, стр. 75.
98. КЛЮЧАРОВ Б.В. - Об обратном развитии изменений экспериментально вызванных в предстательной железе полианолом.
Архив патологии, 1948, № 2, стр. 44.
99. КЛЮЧАРОВ Б.В. - Экспериментальные новообразования предстательной железы и их гормонотерапия.
Диссертация, 1953, или монография, Медгиз, 1954.
100. КОГАН Г.И. и БОБРОВ Н.Н. - Клиническое толкование лабораторного анализа.
Медгиз, 1949.
101. КОНОПЛЕВ В.П. - Нормальное строение и возрастные особенности предстательной железы.
Сборник: "Вопросы онкологии", 1952, т. VI, изд. А.М.Н.

102. КОНОПЛЕВ В.П. - Действие тестостерон-пропионата на предстательную железу мыши. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1953 г. т. XXXV, вып. 4.
103. КОНОПЛЕВ В.П. - Экспериментальный рак и предраковые изменения выводных протоков семенных пузырьков мыши, как следствие введения синэстрола. Сб. "Вопросы онкологии", 1954, вып. 7.
104. КРЕПС А.Л. - О так называемой старческой гипертрофии простаты. Практическая медицина, 1924, № 1, стр. 3.
105. КРЕПС А.Л. - К технике простатэктомии. Урология, 1924, № 4, стр. 26.
106. КУДИНЦЕВ И.В. - Иссечение кусочков семявыводящих протоков при старческом увеличении предстательной железы и результаты этой операции. Врач, 1900, № 25, стр. 756.
107. ЛАПИН А.А. - Клинико-анатомические наблюдения действия синэстрола на аденому предстательной железы. Диссертация, Ленинград, 1955.
108. ЛЕВАНТ Д.Е. - О приоритете советских урологов. Советское здравоохранение, 1948, № 3, стр. 45.
109. ЛЕВИНСОН Л. - Материалы к вопросу о влиянии кастрации и некоторых других операций на нормальную предстательную железу. Диссертация, 1900.
110. ЛЕЖНЕВ Н.Ф. - Прения по докладам Фронштейна, Хольцова на XVII съезде Российских хирургов, 1925.
111. ЛЕЖНЕВ Н.Ф. - Труды 21 съезда Российских хирургов, 1930, стр. 357 (прения).
112. ЛЕЗИН П.А. - Об изменениях предстательной железы, вызываемых кастрацией у животных. Медицинское обозрение, 1896, т. 67, стр. 163.

113. ЛЕЙБМАН И.Г. - О пролиферирующей фиброзно-аденоматозной простатопатии.
Вопросы онкологии, вып.4,1952.
114. ЛИДСКИЙ А.Т. - Хирургические подступы к предстательной железе при гипертрофии ее
Астраханский медицинский журн. 1923, № 10-12, стр.52
115. ЛИДСКИЙ А.Т. - Внепузырная позадилобковая простатэктомия.
Хирургия, 1950, № 1,стр.73.
116. ЛИХТЕНШТЕЙН М.О. - К вопросу о физиологическом действии секрета простаты на сперматозоиды.
Сборн.научных трудов Красно - ярского медицинского института 1951, т.П, стр.202.
117. МАЛЬКОВ А.С. - Ночное недержание мочи.
Диссертация, Ленинград, 1951.
118. МАРТЫНОВ А.В. - Необходим ли постоянный катетер после чрезпузырной простатэктомии.
Урология, 1930, т.УП, стр.88.
119. МАРЬЯШЕС С.Е. - Сравнительная оценка высокой и промежуточной простатэктомии.
УШ съезд Российских хирургов, 1908. Или Хирургия,1909, т.25
120. МЕЖЕБОВСКИЙ Г.М.- О рецидивах после простатэктомии по Фрейеру.
Урология, 1925, т.2, № 9, стр.19.
121. МЕЖЕБОВСКИЙ М.Г.- Спинально-анестезия перикапном- совкаином в урологии.
Труды 1 Украинского съезда урологов. Киев, 1939.
122. МИР-КАСИМОВ М.А.- Мой опыт в лечении так называемой гипертрофии предстательной железы
Хирургия, 1938, № 4,стр.143.
123. МИР-КАСИМОВ М.А.- Существует ли истинная гипертрофия предстательной железы.
Сборн.научных работ по онкологии и пограничным областям. Баку, 1939, вып.2, стр.49

124. МИР-КАСИМОВ М.А. - Динамические моменты в расстройстве мочеиспускания при, так называемой, гипертрофии предстательной железы.
Урология, 1938, т.1, стр.15.
125. МИСЛАВСКИЙ Н.А. - К физиологии простаты.
Труды 2-го Всесоюзного съезда физиологов, 1926.
126. МИХАЙЛОВ Н.А. - Простатэктомия надлобковая как метод выбора.
Труды XI съезда Российских хирургов, 1912, стр.180.
127. МИХАЙЛОВ Н.А. - Чрезпузырная простатэктомия как избранный метод оперирования.
Врачебная газета, 1912, стр. 705.
128. МИХАЙЛОВ Н.А. - Диагностика и терапия заболеваний мочевых и половых органов, 1910.
129. МКРТЧЬЯН А.И. - Прения по докладу И.Н.Шапиро: "Учение академика И.П.Павлова и значение его для хирургической урологии".
Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.9.
130. МОНАСТЫРСКАЯ Б.И. - О ранних изменениях в предстательной железе, вызванных у мышей син-эстролом.
Вопросы онкологии, 1949, вып.1, стр.158.
131. МОНАШКИН Г.Б. - Гистологические изменения гипертрофии простаты после вазэктомии.
Врачебное дело, 1936, № 2, стр.149.
132. МУХАДЗЕ Г.М. - К вопросу об удалении предстательной железы при ее гипертрофии.
Врачебная газета, 1911, № 31, стр.989.
133. МУХАДЗЕ Г.М. - Труды 21 съезда Российских хирургов, 1930, стр.355 (прения).
134. МУХАРИНСКИЙ М.А. - К вопросу о влиянии вазэктомии на гипертрофию предстательной железы.
Сборн. научных работ, посвященный проф. Б.Н.Хольцову, 1940, стр.92.

135. МУХАРИНСКИЙ М.А. - О влиянии перевязки или перерезки семявыносящего протока на функцию яичка (экспериментальные исследования).
Доклад на Ленинградском урологическом обществе, 1949.
136. Мыш В.М. - Клинические лекции по урологии. Биомедгиз, 1936 с указателем русской урологической литературы за 1900-1934 г.г.
137. НЕМЕНОВ М.И. - О влиянии рентгенизации яичек на предстательную железу, 1916 г.
138. НИКИТИН Б. - Вазэктомия при гипертрофии простаты.
Урология, 1925, т.11, № 9, стр.25.
139. ОВНАТАНЯН К.Т. - Гипертрофия предстательной железы как предрак.
Труды научных работ по онкологии и пограничным областям. Баку, 1939, вып.2, стр.59.
140. ОВНАТАНЯН К.Г. и ШТУСС А.А. - Уретродистопроstatesграфия.
Вестник рентгенологии, 1936, т.16, вып.2, стр.87.
141. ОВЧИННИКОВ Н.М. и СУМ-ШИК Е.Р. - Реакция осаждения эритроцитов и значение ее при урологических заболеваниях.
Русская клиника, 1928, № 46, стр.244.
142. ОКИНЧИЦ Л.Я. - Опухоли матки: фибромиома, аденомиома, саркома и хорионэпителиома
Гос.мед.изд. Ленинград, 1931.
143. ОПШЕЛЬ В.А. - Хирургия и эндокринология.
Новая хирургия, 1925, № 2, стр.179.
144. ОПШЕЛЬ В.А. - Внутренняя секреция, 1929.
145. ОРЛОВСКИЙ - (Приведено по Р.М.Фронштейну)
146. ПАВЛОВ И.П. - Двадцатилетний опыт объективного исследования высшей нервной деятельности (поведения) животных.
Биомедгиз, 1938, изд.6.

147. ПАВЛОВ И.П. - Полное собрание трудов, 1940, т.1
стр.410.
148. ПАВЛОВ И.П. - Полное собрание трудов, 1946, т.П,
стр.350.
149. ПАВЛОВ И.П. - Полное собрание трудов, 1949, т.1У
стр.45.
150. ПАВЛОВА А.М. - Материалы к вопросу о влиянии ка-
страции на условно-рефлекторную
деятельность собаки.
Труды физиологической лабора-
тории акад. И.П.Павлова, 1937,
т.УП, стр.781.
151. ПАВЛОВ П.А. - Реакция оседания эритроцитов в уро-
логии.
Сборник научных работ, посвящен-
ный проф. Б.Н.Хольцову, 1940,
стр.120.
152. ПАНКРАТЬЕВ А.Т. - К вопросу о лечении гипертрофии
предстательной железы у стариков
при помощи резекции семявыносящих
протоков.
Летопись русской хирургии, 1900,
№ 2-3, стр.238.
153. ПАНКРАТЬЕВ А.Т. - О влиянии двустороннего иссечения
семявыносящих протоков на предста-
тельную железу и клиническое значе-
ние его при гипертрофии простаты.
Диссертация, 1900.
154. ПАНЧЕНКО А.Д. - Труды 21-го съезда Российских хи-
рургов, 1930, стр.357 (прения).
155. ПЕТРОВА М.К. - Роль коры головного мозга в пато-
логических процессах.
Медгиз, 1946.
156. ПЕТРОВ Н.Н. - Влияние нервной системы на опухо-
левой рост.
Хирургия, 1953, № 3, стр.7.
157. ПОДЛЯЩУК - (Приведено по И.И.Соболеву).
158. ПОДРЕЗ А.Г. - Хирургические болезни мочевых и
половых органов (Болезни предста-
тельной железы).
Харьков, 1896, частьП.
159. ПОРТНОЙ А. - Одномоментная простатэктомия.
Диссертация, 1954, Ленгр.

160. ПИКУС Я.З. - К вопросу о гипертрофии простаты.
Урология, 1940, № 3, стр.71.
161. ПЛАСТУНОВ М.В.- Пути распространения инфекции на
семенные пузырьки и придатки яичек.
Урология, 1938, т.4, № 2, стр.68.
162. ПЛАСТУНОВ М.В.- Эпидидимиты после простатэктомии и
их профилактика.
Хирургия, 1941, № 6,7, стр.133.
163. ПЛАСТУНОВ М.В.- Некоторые наблюдения и выводы отно -
сительно хирургического лечения ги-
пертрофии предстательной железы.
Труды 2-й Всесоюзной конференции
урологов, 1954, стр.104.
164. ПРЕСАЙЗЕН П.З.- Трансуретральная электрорезекция
аденомы предстательной железы.
Труды 2-й Всесоюзной конференции
урологов, 1954, стр.121.
165. ПРОКОФЬЕВА О.Г.- Ранние изменения в половом аппарате
мышей самок, вызванные синэстролом.
Вопросы онкологии, 1949, вып.1,
стр.153.
166. ПРИЖЕВАЛЬСКИЙ Б.Г.- К учению об оперативном лечении
гипертрофии предстательной железы.
Врач, 1895, № 41-43, стр.1145.
167. ПРИЖЕВАЛЬСКИЙ Б.Г.- К вопросу о нервных окончаниях
в предстательной железе.
Диссертация, 1896.
168. ПУССЕП Л.М. - Иннервация предстательной железы.
Больничная газета Боткина, 1902,
№ 47-48, стр.2155, 2212.
169. ПУТЕРМАН Н.С.- К патогенезу гипертрофии предста -
тельной железы.
Здравоохранение Таджикистана,
1939, № 1/6/, стр.3.
170. РАБИНОВИЧ М.С.- Мой опыт в хирургическом лечении
гипертрофии предстательной железы
по двухмоментному способу В.М.Мыш.
Вестник хирургии, 1949, т.69, № 4
стр.16.
171. РАДЗИЕВСКИЙ А.Г.- 140 случаев удаления предстательной
железы при ее гипертрофии.
Вестник хирургии, 1927, № 26-27,
стр.33

172. РАПОПОРТ Н.С. - К патогенезу задержки мочи при гипертрофии простаты.
Урология, 1940, № 2, стр.68
173. РАПОПОРТ Н.С. - Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.128 (прения).
174. РАПОПОРТ Я.Л. - Морфология обратного развития опухолей предстательной железы при лечении их синэстролом.
Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.78.
175. РАТНЕР Ю.А. - О патогенезе гипертрофии предстательной железы.
Казанский мед.журнал, 1935, № 5, стр.606.
176. РАТНЕР Г.Д. - Анатомия и кровоснабжение предстательной железы при гипертрофии ее (анатомическое обоснование простатэктомии).
Диссертация, Свердловск, 1952.
177. РОЗНАТОВСКИЙ Д.- Материалы по вопросу о полном удалении предстательной железы.
Приложение к журналу "Русской хирургическое обозрение", 1904, т.11, стр.251.
178. РУДАНОВ Н.Г. - Учебник общей хирургии, 1948.
179. САВИНКОВ Б.Ф. - Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.125 (прения).
180. САКСАГАНСКИЙ М.- К вопросу о простатэктомии при гипертрофии предстательной железы.
Русский хирургический архив, 1904, № 5, стр.930.
181. САХАРОВ А.Н. - Случай резекции семявыносящих протоков при гипертрофии предстательной железы.
Медицинское обозрение, 1897, т.XIIV, стр.541.
182. САХАРОВ Г.П. - К вопросу о механизме внутрисекреторной дисфункции.
Вестник эндокринологии, 1925, № 5, стр.381.
183. СЕМЕНЯКО Е.М. - К вопросу о нагноениях в простате.
Урология, 1928, № 21, стр.123.

184. СЕРГИЕВСКИЙ В.М. - Влияние предстательной железы на мочевой пузырь.
Труды III Всесоюзного съезда физиологов, 1928.
185. СЕНИЦИН Ф.И. - Демонстрация больного, оперированного по поводу гипертрофии простаты.
Летопись хирургического общества в Москве, 1893-94 г., т.13
186. СЕНИЦИН Ф.И. - О мероприятиях при остром задержании мочи.
Хирургия, 1907, № 125, стр.443.
187. СЛОБОДИН З.Г. - Возрастные особенности структуры нервных ганглиев предстательной железы.
Урология, 1940, № 4, стр.28.
188. СОБОЛЕВ И.И. - Лечение гипертрофии предстательной железы метилтестостероном.
В сборнике: "Вопросы практической урологии", 1949, стр.110.
189. СОБОЛЕВ И.И. - Лечение гипертрофии предстательной железы синэстролом.
Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.102.
190. СПЕРАНСКИЙ А.Д. - Элементы построения теории медицины 1935.
191. СПИЖАРНЫЙ И.К. - К казуистике лечения гипертрофии предстательной железы кастрацией.
Медицинское обозрение, 1894, т.20, стр.711.
192. СУМ-ШИК Е.Р. - Труды 1-го съезда Российских урологов, 1927, стр.114 (прения).
193. СУХАРЕВ А.Н. - О влиянии удаления простаты на тестикулы.
Врачебное дело, 1918, № 3, стр.67.
194. ТЕПЛИЦКИЙ Г.Б. - Клиника и методика лечения гипертрофии простаты.
Вестник хирургии им.Грекова, 1936, № 148, стр.129.
195. ТОМАШЕВСКИЙ - К учению о спинномозговой анестезии.
Русский хирургический архив, 1906, № 4.

196. ТОПЧАН А.Б. и ПОМЕРАНЦЕВ А.А. - Лечение гипертрофии предстательной железы.
Хирургия, 1949, № 11, стр.61.
197. ТОПЧАН А.Б. - Наблюдение над применением пенициллина в урологии.
Клиническая медицина, 1948, № 1, стр.90.
198. ТОПЧАН А.Б. и ПОМЕРАНЦЕВ А.А. - Рак предстательной железы и его лечение синэстролом.
Медгиз, 1949.
199. ТОПЧАН А.Б. - Лечение гипертрофии предстательной железы синэстролом.
Медицинский работник, 1952, № 4, 13 января.
200. ТОПЧАН А.Б. - Лечение опухолей предстательной железы (рака и гипертрофии).
Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.59.
201. ТОТАДЗЕ Я.В. - Труды 1 украинского съезда урологов.
Кинв, 1939.
202. ТРОЯНОВ А.А. - К казуистике полного удаления предстательной железы по надлобковому способу Фрейера, 1907, № 51, стр.1765.
203. УГЛЕВ Р.К. - Простатэктомия.
Труды 1-го украинского съезда хирургов, 1927, стр.273.
204. УСИЕВИЧ М.А. - Влияние патологических сдвигов в коре больших полушарий головного мозга на внутренние органы.
В книге: "Учение И.П.Павлова в теоретической и практической медицине" Москва, 1951, стр.92.
205. ФЕДОРОВ С.П. - Об оперативных вмешательствах при опухолях мочевого пузыря.
Русский хирургический архив, 1903, стр.869.
206. ФЕДОРОВ С.П. - Хирургическое лечение гипертрофии предстательной железы.
Материалы VIII съезда Российских хирургов, 1908, стр.67 или Хирургия, 1909, т.25.
207. ФЕДОРОВ С.П. и ФРОНШТЕЙН Р.М. - Оперативная урология, 1934.

208. ФЕДОРОВ И.И. - Где место воздействия инсулина: нервные центры или периферическая клетка? Механизмы патологических реакций. Ленинград, 1942, издан. В.М.М.А.
209. ФЕДОРОВИЧ Д.П. - Спинномозговая анестезия перкаи - ном. Вестник хирургии, 1936, № 47, стр.127.
210. ФРОНШТЕЙН Р.М. - Показания к простатэктомии. Труды XIII съезда Российских хирургов, 1925, стр.445.
211. ФРОНШТЕЙН Р.М. - Патогенез и лечение гипертрофии предстательной железы. Советская хирургия, 1935, № 2, стр.3.
212. ФРОНШТЕЙН Р.М. - Обезболивание в урологии. Труды 1-го украинского съезда урологов, Киев, 1939.
213. ФРОНШТЕЙН Р.М. - Главнейшие достижения в области урологии за 30 лет. Сборник: "Достижения медицинских наук за 30 лет". Москва, 1947.
214. ФРОНШТЕЙН Р.М. - Урология. Медгиз, 1949.
215. ФРОНШТЕЙН Р.М. - Избранные труды, 1953.
216. ФРУМКИН А.П. - Границы применения пенициллина и стрептомицина в урологии. В сборнике: "Вопросы практической урологии". Москва, 1949, стр.174.
217. ФРУМКИН А.П. - Гематурия и ее клиническое значение. Медгиз, 1946.
218. ФРУМКИН А.П. - Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.126 (прения).
219. ШАБАД Л.М. - Некоторые основные вопросы патологической анатомии и патогенеза аденоматозной простатопатии и рака предстательной железы. В сборнике: "Вопросы практической урологии". Москва, 1949, стр.5.

220. ШАБАД Л.М. - Некоторые новые данные по патологической анатомии и генезу новообразований предстательной железы. Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.69
221. ШАПИРО И.Н. - Мой опыт в хирургическом лечении так называемой гипертрофии предстательной железы. Вестник хирургии, 1948, т.68 кн.5, стр.32.
222. ШАПИРО И.Н. - Хирургическое лечение аденомы предстательной железы. В книге: "Новообразования органов мочеполовой системы". Ленинград, 1950 г. стр.128.
223. ШАПИРО И.Н. - Гормонотерапия так называемой гипертрофии и рака предстательной железы. Вестник хирургии, 1950 г. т.70, кн.5, стр.17.
224. ШНИЦЕР Л.Я. - Позадилонная внепузырная простатэктомия по способу А.Т.Лидского. Урология, 1955, № 1, стр.66.
225. ШОЛКОВ Б.В. - О простатэктомии. Хирургия, 1914, т.35, стр.267.
226. ШОЛКОВ Б.В. и-ЭЛЬЦБЕРГ А.Р. - О так называемой гипертрофии предстательной железы. Новая хирургия, 1927, т.У, кн.7, стр.116.
227. ШОЛКОВ Б.В. - Еще несколько слов о так называемой гипертрофии предстательной железы и о чрезпузырном удалении последней. Новый хирургический архив, 1930, т.XX, кн.2, стр.195
228. ЭПШТЕЙН Г.С. - О клиническом значении реакции осадения эритроцитов в урологии. Урология, 1925, т.П, № 9, стр.1-6.
229. ЭПШТЕЙН И.М. - Заключительное слово председателя. Труды Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.133.

230. ЧАЙКА А.А. - Ближайшие и отдаленные результаты простатэктомии.
Новый хирургический архив,
1930, т. XXX, кн. 4, № 80,
стр. 574.
231. ЧАЙКА А.А. - Труды 1 Всеукраинского съезда хирургов, 1927, стр. 273 (прения).
232. ЧАЙКА А.А. - Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр. 123 (прения).
233. ЧЕРКАССКИЙ Л.А. - Изменения эпителий предстательной железы новорожденных.
Рукопись, 1940 г.
234. ЧЕРНОБУЛЬСКИЙ С.Н. - К определению гноя в моче.
Врачебная газета, 1929, № 12,
стр. 867.
235. ЧЕРНЯК И.З. - К вопросу о влиянии заболеваний простаты на отдаленные органы.
Сборник трудов памяти М.И. Аставацатурова, Ленинград, 1937,
стр. 382.
236. ЦУЛУКИДЗЕ А.П. - К технике идеальной простатэктомии.
Хирургия, 1949, № 8, стр. 61.
237. ХОЛЬЦОВ Б.Н. - Сравнительная оценка способов оперативного лечения при гипертрофии предстательной железы и показания к ним.
Русский врач, 1904, № 4,
стр. 124.
238. ХОЛЬЦОВ Б.Н. - Хирургическое лечение при гипертрофии предстательной железы.
Хирургия, 1909, № 25, VIII съезд
Российских хирургов.
239. ХОЛЬЦОВ Б.Н. - О противопоказаниях к двухмоментной надлобковой простатэктомии.
Труды X съезда Российских хирургов, 1910, стр. 183.
240. ХОЛЬЦОВ Б.Н. - Двухмоментный способ надлобковой простатэктомии.
Медицинское обозрение, 1910,
№ 19, стр. 247.

241. ХОЛЬЦОВ Б.Н. - О технике и результатах двух-и трехмоментной надлобковой простатэктомии.
Хирургический архив Вельяминова, 1911, стр.1143.
242. ХОЛЬЦОВ Б.Н. - Повреждения и заболеваний предстательной железы.
Монография, 1909.
243. ХОЛЬЦОВ Б.Н. - Руководство по урологии, 1924, т.1.
244. ХОЛЬЦОВ Б.Н. - Частная урология, 1927.
245. ХОЛЬЦОВ Б.Н. - Ближайшие и отдаленные результаты простатэктомии.
Труды 21 съезда Российских хирургов, 1930, стр.343
246. ХОЛЬЦОВ Б.Н. - О гипертрофии предстательной железы.
Советский врачебный журнал, 1936, № 24, стр.1854.
247. ХОЛЬЦОВ Б.Н. - Гипертрофия предстательной железы - социальная болезнь.
Вестник хирургии, 1938, № 7, стр.119.
248. ХОЛЬЦОВ Б.Н. - Обезболивание в урологии
Труды 1 Украинского съезда урологов, Киев, 1939.
249. ЯКОБСОН Л.С. - Вопросы лечения больных после простатэктомии.
Мед.журнал БССР, 1940, № 8.
250. ЯСТРЕБОВ Б.А. - К вопросу об изменениях в строении предстательной железы и мочевого пузыря у стариков.
Диссертация, 1901.
251. ЯНУШЕВСКИЙ Г.И. - Мочевая инфекция при гипертрофии простаты.
Труды 1 Украинского съезда урологов, Киев, 1939.
252. ЯСТРЕБОВ Г.А. - Старческая гипертрофия предстательной железы, ее роль и значение в патологии.
Хирургия, 1902, т.ХП, стр.267

253. ADAMS - Clinical lecture on hypertrophy of the prostate, 1855, I, p. 12.
254. ALBARAN et - Hypertrophie et neoplasie epitheliales de prostate.
HALLE Ann. d. malad. d. org. gen urinaires 1900. XVIII.
255. BIEDERMANN G. - Wandlungen in der Prostata.
Chirurgia, Ztschr. f. Urol. 1953, N 46, S. 4.
256. BOTTINI E. - Die Galvanokaustische Diaerese zur Hypertrophie der Prostata.
Arch. f. klin. Chir., 1897, Bd. 54, H. V.
257. BLOCH H. R. - Zur chirurgischen Behandlung der Prostatahypertrophie.
Praxis, 1947, N 43.
258. CASPER, Leopold - Учебник урологии, 1905, стр. 250
259. CASPER, L. - Показания к хирургическому лечению гипертрофии простаты.
Урология, 1931, т. VII, вып. 2 (32) стр. 80 (реферат)
260. CIECHANOWSKY - Mitteilungen aus den Grenzgeb. d. Medic. 1901, Bd. 7.
261. DODDS E. C. - Symple aromatic oestrogne agent with
Larson W. activithy of same order as that of oestrome Nature, 1937, v. 139. p. 627-628.
262. DRAPER S. W. - Twenty seven jeers of prostatic surgery
Bellevus hospital.
Surgery, 1948, N 23, p. 3.
263. FREYER P. S. - Clinical lectures on enlargement of the prostatae. Third edition.
Bailliere, Tindell and Cox.
London, 1906.
264. FREYER P. S. - Lectures on enlargement of prostata.
London, 1920.
265. FISCHER - (Приведено по Портному)
266. GEISSENDÖRFER, R. - Фолликулин и так называемая гипертрофия предстательной железы.
Центр. реферативный журнал, 1940, стр. 212. Реферат

267. GUYON F. - Клиника болезней мочевого пузыря и предстательной железы.
Москва, 1895, стр.78
268. H O M E - Practical observations on the treatment of the prostate gland.
London, 1811.
269. LACASSAGNE A.- Hormonal Pathogenesis of the breast.
Amer.Journ. Cancer, 1936,v.277,
p. 217.
270. Mac DONALD S.A- Gelfram in prostatic surgery.
a. POWELL R.E Journ. Urol. 1947, N 57
271. Mac DONALD S.A- Changing concepts in prostatic surgery.
a. POWELL Canad. Med. Assoc.J. 1949, N 63,
p. 3.
272. MARION - Тампонада после простатэктомии.
Урология, 1931, т.УШ, вып:2 (32)
стр.81. Реферат.
273. MERCIER - (Приведено по Б.Н.Хольцову)
274. MORGAGNI - (Приведено по Б.Н.Хольцову)
275. RICHTER W.H. - Ztschr. f. Urologiae, Bd. 43, 1950.
N 5/6.
276. STUMP L.D and - A preliminary report of a method
THUMANN R.C of primary closure of suprapubic
prostatectomy using oxidized
cellulose.
Journ. Urol. 1948, N 59, p.2.
277. RUBRITIUS - (Приведено по Б.Н.Хольцову)
278. LLEYES - Тампонада после удаления простаты.
Урология, 1931, т.8, вып.2 (32)
стр.81 (реферат)
279. TACHOT A. - A propos du traitement hormonal de
l'adenome prostatique.
Journal d'Urologie, medicale et
chirurgicale, 1952, t. 58,
N 3-4, p.105.
280. THOMPSON G. - Болезни мочевых органов.
Клинические лекции, 1875.