

УДК 616.65—006.55

М. Г. ЦАТУРЯН, Ю. Г. ОГАНЯН

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ АДЕНОМЕ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЗА 1963—1972 гг.)

Приведен анализ результатов лечения 1903 больных аденомой предстательной железы.

Среди причин послеоперационной летальности 48,4% составляют заболевания сердечно-сосудистой системы и 41,9%—хронический пиелонефрит, почечная недостаточность.

Анализ причин летальности у больных аденомой простаты позволяет уточнить показания к этой операции и выработать тактику до- и послеоперационного ведения больных.

Анализ причин летальности после операций по поводу аденомы предстательной железы имеет большое практическое значение, так как позволяет изучить показания к этой операции и выработать более правильную тактику до- и послеоперационного ведения больных.

В посвященных этому вопросу исследованиях [1, 4, 5, 6] большое значение придавалось инфекционному фактору. По данным В. А. Азриельянта [2], этот же фактор с летальным исходом отмечен в 52,2% случаев. Другие авторы [3, 7, 8] сообщают, что наиболее частой причиной смерти являлась сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоз или эмболия мозговых, коронарных или легочных сосудов. По данным В. И. Воробцова [4], причиной послеоперационной смерти в 72,8% случаев была сердечно-сосудистая недостаточность или эмболия легочных коронарных сосудов, а в 13,6% случаев—гнойно-воспалительные заболевания мочевых путей.

В настоящей работе нами проанализированы результаты лечения 1903 больных аденомой предстательной железы, лечившихся в Урологической клинике гор. больницы им. проф. Р. Еоляна за период с 1969 по 1972 г., из коих оперировано 824, умерло 89 (10,8%), причем 62 после операций (7,7%). А процент летальности после аденомэктомии составляет 4,6 (408 операций), после одномоментной аденомэктомии—3,8 (182 операции), после аденомэктомии (второй момент)—5,3 (226 операций), эпицистостомии по поводу острой задержки мочи—10,1 (268 операций), эпицистостомии (подготовка ко второму моменту операции—аденомэктомии)—8,7 (148 операций).

В группе умерших без оперативного вмешательства было 27 человек, скончались от хронического пиелонефрита и почечной недостаточности 22 больных (81,6%).

Высокая летальность среди больных, которым был наложен только надлобковый свищ, объясняется прежде всего тем, что почти все они были доставлены в клинику в тяжелом состоянии: значительная часть больных была в преклонном возрасте, наряду с аденомой простаты страдала сопутствующими расстройствами сердечно-сосудистой системы, легочного газообмена, усугубляющими острую или хроническую задержку мочи с неминуемой интоксикацией.

Невысокий процент смертности у больных после одномоментной аденомэктомии позволяет предположить, что при этом известное значение имел подбор больных без каких-либо осложнений со стороны мочевого тракта с относительно сохранной сердечно-сосудистой системой. Все больные были оперированы после предварительной подготовки.

Консервативной терапии при острой задержке мочи (катетеризация, установление постоянного катетера) подвергнуто 132 больных, из коих умерло 11 (8,3%). Причина смерти у шести больных—острый двусторонний апостематозный пиелонефрит; у четырех—хронический пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность, азотемия и только у одного больного—острая сердечная недостаточность. Анализируя эти данные, мы видим, что двусторонний пиелонефрит и уросепсис как причина летальности у больных аденомой простаты стоят на первом месте, очевидно, потому, что длительная катетеризация, промывание мочевого пузыря способствуют развитию мочевой инфекции, пиелонефриту, уросепсису.

Из 824 оперированных больных 728 (81,5%) страдали атеросклеротическим кардиосклерозом, склерозом мозговых сосудов, гипертонической болезнью и хроническими заболеваниями дыхательного аппарата.

По возрасту умершие (из общего числа оперированных и неоперированных) распределялись следующим образом: 50—60 лет—2, 61—65—9, 66—70—18, 71—75—20, 76—80—24, старше 80 лет—19 больных. Чаще всего смертность наблюдалась в возрасте 66—80 лет.

По поводу аденомы простаты в нашей клинике были произведены следующие операции, которые мы разделили на 4 группы. В I группу включена эпицистостомия как самостоятельное лечебное мероприятие (268 больных); во II группу—эпицистостомия как первый момент аденомэктомии (148 больных); в III—одномоментная аденомэктомия (182 больных); в IV—аденомэктомия как второй момент (226 больных).

Анализ летальных исходов с учетом характера оперативных вмешательств представлен в таблице.

Таким образом, причиной смерти в 48,4% случаев явились сердечно-сосудистая недостаточность, эмболия легочной артерии и инфаркт миокарда, послеоперационная бронхопневмония наблюдалась в 9,6% случаев. Летальные исходы в 41,9% случаев зависели от гнойно-воспалительных заболеваний мочевых путей.

У всех больных, умерших от тромбоза и эмболии легочной артерии, имелись изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в виде

Таблица

Анализ послеоперационной летальности (по группам) больных
аденомой простаты

Причины летальности	Срочная эпицисто- стомия I гр. (263)		Плановая эпицисто- стомия II гр. (148)		Одиомо- ментная аде- номэктомия III гр. (182)		II момент аденомэк- томии IV гр. (226)		Всего 824 больных	
	число умерших	%	число умерших	%	число умерших	%	число умерших	%	число умерших	%
Острая сердечная недостаточность	8		3		2		5		18	29,1
Тромбозомболия легочной артерии	4		2				1		7	11,2
Инфаркт миокарда	2		1		1		1		5	8,1
Пневмония	3	10,1	1	8,7	1	3,8	1	5,3	6	9,6
Хронический пиелонефрит	4		3		1		2		10	16,1
Сепсис при нали- чии острого пиелонефрита	9		3		2		2		16	25,8
Всего	30		13		7		12		62	1

атеросклероза, коронарокардиосклероза, а у 18 больных, умерших от сердечно-сосудистой недостаточности, были отмечены атеросклероз, коронарокардиосклероз, гипертрофия миокарда. У большинства этих больных смерть наступала на фоне хронических и острых заболеваний мочевой системы — из 89 умерших у 55 (61,7%) имел место острый или хронический пиелонефрит.

Считая указанные причины летальности основными, необходимо предпринимать соответствующие меры профилактического порядка как в предоперационной подготовке больных, так и в послеоперационном их ведении. Особого внимания должны заслуживать больные с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы как в предоперационном периоде, так и во время операции.

В ы в о д ы

1. Наиболее частой причиной летальности у больных аденомой простаты при оперативном лечении являются осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (48,4%) и гнойно-воспалительные заболевания мочевых путей (41,9%).

2. Наиболее частой причиной возникновения пиелонефрита и почечной недостаточности при аденоме простаты является неоправданно длительное консервативное лечение, продолжительное существование эпицистостомы.

3. Следует рекомендовать раннее оперативное вмешательство у больных аденомой простаты, при этом необходимо обращать внимание на сердечно-сосудистую систему и инфекционные осложнения в мочевых путях.

Урологическая клиника
ЕрГИДУВа

Поступила 10/V 1974 г.

Մ. Հ. ՄԱՏՈՒՐՅԱՆ, Յու. Գ. ՕԶԱՆՅԱՆ

ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵԴՁԻ ԱԴԵՆՈՄԱՅՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ՄԱՀԱՑՈՒԹՅԱՆ
ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԻ ԱՆԱԼԻԶԸ (1963—1972 թթ.)

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Շագանակագեղձի ադենոմայով տառապող հիվանդների հետվիրահատման շրջանի մահացության պատճառների վերլուծությունը ունի գործնական մեծ նշանակություն, քանի որ այն թույլ է տալիս ուսումնասիրել և ճշտել այդ հիվանդների վիրահատման ցուցմունքները և մշակել ավելի ճիշտ մեթոդներ նախավիրահատման և հետվիրահատման շրջանների հաջող ընթացքի համար:

1963—1972 թթ. ընկած ժամանակաշրջանում շագանակագեղձի ադենոմայով բաժանմունք են ընդունվել 1903 հիվանդ, որոնցից 824-ը վիրահատվել են, 89-ը մահացել են, այդ թվում՝ 62-ը վիրահատությունից հետո: Մահացությունը միանվագ ադենոմեկտոմիայից կազմում է 3,8%, երկնվագ ադենոմեկտոմիայից 5,3%, վերցայլքային փուլիկահատումից 10,3%: Այս հիվանդների հետվիրահատման մահացության պատճառները հիմնականում սրտանոթային համակարգի բարդություններն են (48,4%) և վերին ուղիների բորբոքային հիվանդություններն են (41,9%, պիելոնեֆրիտ, երիկամների անբավարարություն):

Շագանակագեղձի ադենոմայով տառապող հիվանդների մոտ պիելոնեֆրիտների և երիկամների անբավարարության առաջացման պատճառներն են իրեն չարաբացնող, ձգձգվող կոնսերվատիվ բուժումը, վերցայլքային խողակի երկարատև առկայությունը և ուշացած վիրաբուժական միջամտությունը:

Այստեղից հետևում է, որ պետք է առաջարկել վաղաժամ ադենոմեկտոմիա, ուժեղացնելով հսկողությունը ինչպես սրտանոթային համակարգի, այնպես էլ միզային ուղիների բորբոքային բարդությունների նկատմամբ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алапин Г. Я. Советская хирургия, 1935, 2, стр. 10.
2. Азриельянт В. А. Урология и нефрология, 1973, 6, стр. 38.
3. Близнюк В. М. Урология, 1956, 3, стр. 18.
4. Воробцов В. И., Аландаров А. Н. Урология, 1964, 1, стр. 25.
5. Лоскутов М. И. Труды Смоленского мед. ин-та, т. 10. Смоленск, 1958, стр. 179.
6. Савельев И. И. В кн.: Сборник научных работ I-й гор. клинической больницы. Днепропетровск, 1958, стр. 177.
7. Шуленова Н. А. Урология, 1963, 3, стр. 6.
8. Feustel A. Z. Urol., 1962, 55, 471.