

---

Klinika Urologiczna. Wydział Lekarski. Akademia Medyczna w Lublinie  
Kierownik: doc. dr med. Antoni Szczerbo

Antoni SZCZERBO, Tadeusz SPRUCH,  
Juliusz LÜBEK, Zdzisław ALEKSANDROWICZ

**Wyniki leczenia operacyjnego gruczolaka stercza na podstawie  
materiału Kliniki Urologicznej AM w Lublinie**

Результаты оперативного лечения аденомы простаты  
в Урологической клинике Медицинской Академии  
в Люблине

Results of the Surgical Treatment of Prostatic Adenoma in the Clinic of Urology,  
Lublin

Podstawowym warunkiem powodzenia każdej metody operacyjnej, poza umiejętnościami technicznymi i doświadczeniem chirurga, jest dobór chorych oraz odpowiednie postępowanie w okresie przed i pooperacyjnym. Zasada ta ma szczególne znaczenie w odniesieniu do chorych z gruczolakiem stercza. Choroba ta występuje u ludzi w wieku podeszłym. Często u tych chorych spotykamy współistniejące choroby innych narządów (2, 3, 6, 11). Chorzy z gruczolakiem stercza wymagają dokładnego przebadania w celu ustalenia najodpowiedniejszego sposobu leczenia (2, 4, 11). Pomimo tego, że usunięcie gruczolaka stercza jest metodą z wyboru, niekiedy jesteśmy zmuszeni zastąpić ją leczeniem zachowawczym, gdy operacja jest zbyt dużym ryzykiem dla chorego (2). Udoskonalenie metod operacji i zwiększenie zakresu badań biochemicznych, wykonywanych w celu dokonania dokładniejszej oceny stanu chorego, wpływają w dużym stopniu na zmniejszenie ilości powikłań pooperacyjnych i przyczyniają się głównie do zmniejszenia śmiertelności wśród chorych operowanych z powodu gruczolaka stercza (7, 8, 12).

MATERIAŁ WŁASNY

W Klinice Urologicznej AM w Lublinie w okresie od 12 IX 1964 do 30 VI 1968 r. leczono 273 chorych z gruczolakiem stercza. Wiek ich wahał się w granicach od 50—89 lat. Najliczniejszą grupę stanowili chorzy w wieku od 61—70 lat (58,2%), najmniej chorych było w grupie powyżej 80 lat (4,0%). Podział chorych na grupy wieku przedstawiono w tab. 1.

Tabela 1

Wiek chorych	50—60	61—70	71—80	81—90	Razem
Liczba chorych	24	159	79	11	273
%	8,8	58,2	28,9	4,0	100

Na podstawie zebranych wywiadów ustalono, że najczęściej chorych zgłosiło się do kliniki w okresie krótszym niż pół roku (38,8%) od chwili wystąpienia pierwszych objawów choroby (tab. 2).

Tabela 2

Czas trwania choroby	poniżej 1/2 roku	1/2—1	1—2	2—3	3—4	Ponad 4 lata
Liczba chorych	106	46	23	33	35	30
%	38,8	16,8	8,4	12,1	12,8	11,0

Najmniej liczną grupę stanowią w naszym materiale chorzy z długością wywiadu w granicach od 1—2 lat (8,4%). Pozostałe grupy są liczbowo do siebie zbliżone. Spośród ogólnej liczby 273 chorych, 151 (55,3%) nie korzystało z leczenia przed przybyciem do kliniki. Natomiast 122 chorych (44,7%) leczono w szpitalach terenowych lub ambulatoryjnie. Najczęściej chorzy ci zgłaszali się do szpitali z powodu ostrego zatrzymania moczu. Po uzyskaniu pewnej poprawy leczeniem zachowawczym, wypisywano ich przeważnie do domu. Dopiero wystąpienie powtórnych ostrych zatrzymań moczu zmuszało chorych do zgłoszenia się do kliniki i wyrażenia zgody na leczenie operacyjne. U 124 chorych (45,4%) w chwili przyjęcia do kliniki stwierdzono ostre zatrzymanie moczu, natomiast u wszystkich pozostałych 149 (54,6%) było znaczne zaleganie moczu. W 167 przypadkach (61,2%) obserwowano ropomocz w momencie przybycia do kliniki. U 29 chorych (10,6%) objawy zakażenia dróg moczowych wystąpiły w czasie pobytu w klinice w okresie przedoperacyjnym. Spowodowane one zostały cewnikowaniem pęcherza moczowego i zabiegami endoskopowymi, pomimo że staraliśmy się wykonywać je z zachowaniem wszelkich zasad aseptyki. U wszystkich chorych badano mocz bakteriologicznie z określeniem wrażliwości na antybiotyki. W 160 przypadkach (58,6%) stwierdzono obecność *B. coli*, natomiast w 36 (13,2%) — flory mieszanej. Całkowita lub częściowa wrażliwość na antybiotyki występowała w 190 przypadkach, u 6 chorych bakterie były odporne na powszechnie stosowane antybiotyki.

W okresie przedoperacyjnym zwracamy szczególną uwagę na przeprowadzenie dokładnych badań klinicznych i laboratoryjnych w celu oceny stanu ogólnego chorego. Większość chorych operowanych przypada na okres życia powyżej 60 lat. U tych chorych często spotykamy choroby współistniejące — takie jak zespół płucno-sercowy, dychawica oskrzelowa, daleko posunięta miażdżycza układu naczyniowego, stany po zawale serca, gruźlica płuc i inne. Chorzy ci wymagają zawsze starannego przygotowania do operacji i odpowiedniego prowadzenia w okresie pooperacyjnym. Poza podstawowymi badaniami wykonujemy z reguły u wszystkich chorych po przekroczeniu 50 roku życia Ekg. Staramy się, o ile to jest tylko możliwe, doprowadzić chorego do takiego stanu, aby ryzyko operacyjne było jak najmniejsze. Zwracamy baczną uwagę na ocenę czynności nerek. Na podstawie określenia ciężaru gatunkowego moczu, jego dobowej ilości, poziomu mocznika w surowicy krwi oraz urografii dożylniej stwierdziliśmy prawidłową czynność nerek u 204 chorych (74,7%), upośledzoną u 61 (22,3%), a w 8 przypadkach (2,9%) mocznicę. W naszym materiale stosunkowo często, bo aż u 46 chorych (16,8%) obserwowaliśmy współistnienie chorób układu moczowego. U 9 chorych stwierdzono kamicę nerek lub moczowodów, u 27 kamieć pęcherza moczowego, u 2 uchyłki pęcherza moczowego, u 5 brodawczaki i u 3 raka pęcherza moczowego.

Decyzję leczenia podejmujemy zawsze wspólnie z konsultantem internistą po dokładnej analizie badania klinicznego i badań laboratoryjnych. W celu zastosowania jak najbezpieczniejszego dla chorego znieczulenia korzystamy z konsultacji anestezjologa.

Spośród 273 chorych operowano 264, co stanowi 96,7%. W 255 przypadkach (93,4%) wyłuszczone gruczolak stercza jednocześnie, a w 4 (1,5%) wykonano tę operację dwuczaszowo. U 5 chorych (1,8%) wytworzono tylko przetokę pęcherzową, a u 9 chorych (3,3%) zastosowano leczenie zachowawcze ze względu na istnienie przeciwwskazań do operacji (tab. 3).

Tabela 3

Rodzaj leczenia	Adenomectomia	Adenomectomia dwu etapowa	Cystostomia	Nie operowani	Razem
Liczba	255	4	5	9	273
%	93,4	1,5	1,8	3,3	100

Gruczolak stercza usuwamy z reguły sposobem Hryntschaka. W odpowiednio dobranych przypadkach stosujemy metodę Millina. U chorych, u których obawiamy się wystąpienia wtórnego krwotoku z łoży po usu-

nięciu gruczolaka, pozostawiamy na kilka dni cewnik Pezzerza nadłonowo. Operacje wykonujemy w znieczuleniu ogólnym dotchawicznym z zastosowaniem środków zwiotczających. W przypadkach, w których istnieją przeciwwskazania do narkozy, stosujemy znieczulenie lędźwiowe lub miejscowe. U 163 chorych wykonano przecięcie i podwiązanie obustronne nasieniowodów. Natomiast w 96 przypadkach nie stosowano tego dodatkowego zabiegu. Postępowanie to było podyktowane chęcią skontrolowania, czy i w jakim stopniu przecięcie nasieniowodów zapobiega zapaleniu najądrza w następstwie usunięcia gruczolaka stercza. Przeciętny okres pobytu chorych po operacji wynosił około 18 dni.

W okresie pooperacyjnym obserwowano u 39 chorych powikłania ze strony układu moczowo-płciowego, co stanowi 14,8% wszystkich przypadków operowanych. Wśród nich było: 10 krwotoków z łoży po usuniętym gruczolaku, 17 zapaleń najądrzy, 5 długo nie gojących się przetok pęcherzowych, 4 przypadki całkowitego nietrzymania moczu, 1 przypadek zbliznowacenia szyi pęcherza moczowego oraz 2 przypadki moczownicy. W tej liczbie nie uwzględniliśmy chorych z zapaleniami dróg moczowych, ponieważ przypuszczamy, że w większości są one związane przyczynowo z cewnikowaniem pęcherza moczowego i zabiegami endoskopowymi, a nie z operacją. Z ogólnej liczby 264 operowanych zmarło w okresie pooperacyjnym 7 osób, co stanowi 2,7%. Wszyscy zmarli chorzy byli w wieku powyżej 70 lat. W 3 przypadkach przyczyną śmierci był zawał serca, w 2 mocznica, a w 2 ostra niewydolność krążenia.

Chorzy po wypisaniu z kliniki pozostają w kontroli Przyklinicznej Poradni Urologicznej z uwagi na mogące wystąpić późne powikłania i nieraz dość długotrwałe zakażenia dróg moczowych.

Uzyskane przez nas wyniki leczenia operacyjnego gruczolaka stercza są zbliżone do wyników innych autorów (4, 9, 11). Odsetek śmiertelności (2,7%) jest dość niski i jest zbliżony do podawanego w piśmiennictwie (1, 4, 5, 9, 10, 11). Dość duży odsetek zakażeń dróg moczowych (10,6%) powstałych w następstwie cewnikowania lub badań endoskopowych, staramy się zmniejszyć przez jeszcze większe przestrzeganie zasad aseptyki i unikanie badania instrumentalnego pęcherza moczowego. Badanie wykonujemy tylko w tych przypadkach, w których podejrzewamy istnienie dodatkowych procesów chorobowych dotyczących pęcherza moczowego lub nerek. W okresie pooperacyjnym zwracamy szczególną uwagę na gimnastykę oddechową oraz staramy się jak najszybciej uruchamiać chorych z uwagi na mogące łatwo wystąpić powikłania w wieku starszym ze strony układu oddechowego. W celu dokładniejszej oceny czynności nerek wprowadziliśmy, jako jedno z wielu badań podstawowych, określanie poziomu kreatyniny w surowicy krwi. Jest to próba bardziej czuła i miarodajna w porównaniu z poziomem mocznika w surowicy krwi.

Pozwala ona wcześniej stwierdzić upośledzoną czynność nerek w przypadkach prawidłowego poziomu mocznika w surowicy krwi (6, 7). W każdym przypadku wykonujemy badanie histopatologiczne usuniętego gruczolaka.

Na podstawie własnego doświadczenia uważamy, że na wyniki uzyskane w leczeniu gruczolaka stercza ma niewątpliwie duży wpływ stała współpraca z internistą i anesteziologiem w celu doboru najodpowiedniejszego leczenia i rodzaju znieczulenia. Zapewnia ona najwłaściwsze prowadzenie chorego w okresie przed- i pooperacyjnym. Należy również pamiętać zawsze o tym, że odpowiednia pielęgnacja chorych w okresie pooperacyjnym wpływa korzystnie na wyniki leczenia operacyjnego gruczolaka stercza.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Allan W. R., Coorey G. J.: Brit. J. Urol. 38, 182—188, 1966.
2. Bartkowiak Z.: Urol. Pol. 6, 8—13, 1954.
3. Cieśliński S., Leńko J.: Urol. Pol. 6, 14—17, 1954.
4. Dackiewicz J.: Urol. Pol. 6, 144—146, 1954.
5. Hickinbotham P., Turner W. D., Sarma K. P.: J. Urol. 97, 899—902, 1967.
6. Ploch R.: Pol. Przegl. Chirurg. 40, 461—469, 1968.
7. Ploch R.: Pol. Przegl. Chirurg. 39, 383—387, 1967.
8. Ploch R.: Pol. Przegl. Chirurg. 39, 1106—1114, 1967.
9. Skubiszewski F., Misiuna P., Michalak J., Olewiński T.: Pol. Tyg. Lek. 19, 1094—1096, 1964.
10. Szczerbo A.: Urol. Pol. 6, 119—122, 1954.
11. Wesołowski S., Ciniewicz O.: Urol. Pol. 6, 123—126, 1954.
12. Wigura A.: Pol. Tyg. Lek., 10, 1140—1149, 1955.

Otrzymano 22.XI.1968.

#### РЕЗЮМЕ

В Урологической клинике МА в Люблине пребывало на лечении 273 больных аденомой простаты. 264 (96,7%) больных были оперированы. У 255 больных удаление аденомы было проведено за один этап. У 4 больных удаление аденомы проводилось за два этапа. В 5 случаях была сделана только цистостомия. Удаление аденомы проводилось по методу Гринчака. В некоторых случаях применяли метод Миллина. После операции умерло 7 больных, что составляет 2,7%. В раннем послеоперационном периоде у 30 (14,8%) больных наблюдались осложнения мочевого аппарата.

Авторы подчеркивают, что на успешное лечение аденомы проста-

ты оказывает большое влияние сотрудничество урологов с терапевтами и анестезиологами и соответствующий послеоперационный уход за больными.

### S U M M A R Y

Two hundred and seventy three patients suffering from prostatic adenoma were treated in the Clinic of Urology, Lublin. Surgical treatment was performed on 264 patients (96.7%). In 255 cases prostatic adenomas were enucleated in one-stage operation; two-stage operative treatment was performed on 4 patients. In 5 cases only fistula of the bladder was produced. Prostatectomy was done using Hryntschak method. With some patients Millin method was used.

In the post-operative period 7 (2.7%) patients died. In the early post-operative period 30 (14.8%) patients suffered from urogenital complications. It is worth to mention that a continuous collaboration with the internist and anaesthetist and a proper nursing during the post-operative period have a significant influence on the results of the prostatic adenoma treatment.