

острые волны, что указывало на отрицательную динамику процесса. Появилась грубая патологическая активность в покое с преобладанием положительных острых волн (рис. 8). Рекомендована консультация нейрохирурга.

Отдавая себе отчет в том, что вместе с большими возможностями, как и всякий другой диагностический метод, ЭНМГ имеет свои ограничения, и поставив во главу угла клинические данные, тем не менее следует отметить, что использование ЭНМГ позволяет специалистам быстрее и точнее установить верный диагноз, отслеживать динамику патологического процесса и увереннее проводить дифференциальную диагностику поражений нервно-мышечной системы.

Литература

1. *Болезни нервной системы / под ред. Н.Н. Яхно. — М.: Медицина, 2005.*
2. *Гехт Б.М., Касаткина Л.Ф., Самойлов М.И., Санадзе А.Г. Электромиография в диагностике нервно-*

мышечных заболеваний. — Таганрог: Изд-во ТГРУ, 1997.

3. *Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней. — М.: МЕДпресс-информ, 2004.*
4. *Команцев В.Н., Заболотных В.А. Методические основы клинической электронейромиографии. — СПб.: Лань, 2001.*

Поступила в редакцию 27.04.2007.

THE ROLE OF THE ELECTRONEUROMYOGRAPHY IN DIAGNOSTICS AND THE RESULTS OF TREATMENT OF THE NEURO-MUSCULAR DISEASES

D.A. Trayan

Sakhalin Regional Hospital (Yuzhno-Sakhalinsk)

Summary — In the article the brief review of the electromyography opportunities is resulted, as well as the methods of its use and practical examples of diagnostics of various diseases. The author concludes, that wide introduction of this method of research into the clinical practice will improve the diagnostics of the neuromuscular diseases.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 3, p. 76–78.

УДК 616.65-007.61-089

Н.В. Сапожников

ЧРЕСПУЗЫРНАЯ АДЕНОМЭКТОМИЯ И ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сахалинская областная больница
(г. Южно-Сахалинск)

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, хирургическое лечение.

У мужчин старшего возраста самым распространенным доброкачественным новообразованием является гиперплазия предстательной железы. К 60 годам этим заболеванием страдают до 46% мужчин, к 90-летнему возрасту этот показатель достигает 85–90% [4]. Социальная значимость и актуальность данной проблемы очевидна — демографические исследования ВОЗ однозначно свидетельствуют о росте численности пожилого населения планеты. Сахалинская область здесь не является исключением: число мужчин пожилого и старческого возраста составляет 46 546 из 532 000 населения региона.

В течение 2004–2006 гг. в урологическом отделении Сахалинской областной больницы наблюдались 494 мужчины с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) в возрасте от 51 года до 87 лет. Внедрение в клиническую практику методов консервативной терапии привело к пересмотру показаний к оперативному лечению ДГПЖ [5]. Так, число пациентов, пролеченных консервативно, из указанной группы составило 67%. Тем не менее, несмотря на успехи консервативной фармакотерапии, доля пациентов с ДЖПЖ,

нуждающихся в оперативном пособии, остается достаточно высокой. За три года нами были прооперированы 163 человека.

Чреспузырная аденомэктомия и трансуретральная резекция простаты являются основными оперативными методами лечения ДГПЖ. На собственном материале выбор оперативного вмешательства основывался на расчете объема органа. Предпочтение открытой операции отдавалось при объеме предстательной железы более 100 см³, при наличии конкрементов или опухоли мочевого пузыря. Также на выбор метода лечения влияли наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний. На сегодняшний день трансуретральная резекция занимает первое место среди оперативных вмешательств по поводу ДГПЖ, учитывая меньшее количество послеоперационных осложнений и раннюю активизацию больных [3]. Однако преувеличение преимуществ этого вмешательства опасно для пациента. Опыт отечественных и зарубежных урологических стационаров показывает, что проблема выбора способа операции при ДГПЖ далека от окончательного разрешения [1]. Отдаленные результаты оценки эффективности оперативных вмешательств свидетельствуют об определенных преимуществах чреспузырной простатэктомии перед трансуретральной резекцией [2].

Чреспузырная простатэктомия была выполнена 95 пациентам (1-я группа, средний возраст — 67,7 года), трансуретральная резекция — 68 пациентам (2-я группа, средний возраст — 71,3 года). Последняя преимущественно делалась у лиц, имевших тяжелую сопутствующую патологию (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, сердечная недостаточность и пр.). Здесь операцией выбора была паллиативная трансуретральная резекция: бороздчатая от шейки до семенного бугорка на 5, 7 и 12 часах условного циферблата, с резекцией доли, максимально

сдавливающей уретру, воронкообразная от шейки до семенного бугорка. Операция осуществлялась в основном при помощи резектоскопов с постоянной ирригацией и диаметром тубуса 24–27 Fr с набором стандартных петель и коагуляционных электродов (K. Storz, Olympus). В качестве ирригационного раствора использовалась 5% глюкоза.

Дооперационный койкодень в обеих группах оперированных был примерно одинаков – 3,5–3,7. Длительность послеоперационного пребывания на койке лиц, перенесших чреспузырную простатэктомию, составила 21,8 дня, а для больных, подвергшихся трансуретральной резекции, – 15,9 дня. Средний койкодень соответственно равнялся 24,8 и 19,4. Консервативная терапия с одинаковой частотой применялась до оперативного вмешательства у пациентов обеих групп.

В послеоперационном периоде пациенты, перенесшие трансуретральную резекцию предстательной железы, субъективно чувствовали себя лучше. Из осложнений оперативного вмешательства в первой группе зафиксированы кровотечения из ложа аденомы (4 случая), тромбоэмболия легочной артерии (1 случай), орхит (6 случаев) и восходящий пиелонефрит (2 случая). После трансуретральной резекции отмечены кровотечения из ложа аденомы (2 случая), перфорация мочевого пузыря (2 случая), стриктуры уретры (3 случая), орхит (1 случай), недержание мочи (3 случая) и восходящий пиелонефрит (1 случай). Эти данные говорят о некотором преимуществе трансуретральной резекции в связи с более агрессивным характером чреспузырной аденомэктомии и большим числом серьезных осложнений

послеоперационного периода. Относительно большее число осложнений трансуретральной резекции простаты было следствием неправильно определенных показаний к данному вмешательству, недостаточной предоперационной подготовки, технических погрешностей в период освоения эндоскопических технологий.

Литература

1. Винаров А.З., Асламазов Э.Г. // *Материалы X Российского съезда урологов*. – М., 2002. – С. 33–42.
2. Камалов А.А., Гуцин Б.Л., Дорофеев С.Д. и др. // *Урология и нефрология*. – 2004. – № 1. – С. 30–34.
3. Лопаткин Н.А. // *Урология и нефрология*. – 1982. – № 1. – С. 3–9.
4. Лоран О.Б., Лукьянов И.В., Марков А.В. // *Урология и нефрология*. – 2005. – № 3. – С. 15–18.
5. Мартнов А.Г., Гуцин Б.Л., Меринов Д.С. и др. // *Урология и нефрология*. – 2004. – № 1. – С. 54–57.

Поступила в редакцию 27.04.2007.

TRANSBLADDER ADENOMECTOMY AND TRANSURETHRAL RESECTION IN THE TREATMENT OF BENIGN TUMORS OF THE PROSTATE

H.V. Sapozhnikov

Sakhalin Regional Hospital (Yuzhno-Sakhalinsk)

Summary – The review of a clinical material – 494 cases of the benign prostate tumors. One third of patients (32.9%) are treated operatively: transbladder adenomectomy (95 interventions) and transurethral prostate resections (68 cases). In the postoperative period the severe complications were marked in the first group of patients more often. The conclusion about indications to the transurethral resections is shown, also because the long-term results testify the greater efficiency of open surgery.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 3, p. 78–79.

УДК 616.831-001.32-089.168

П.И. Лисиценко, А.В. Антонов, М.И. Шпак,
Р.В. Аношкин

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВ РАЗМОЗЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сахалинская областная больница
(г. Южно-Сахалинск)

Ключевые слова: черепно-мозговая травма,
диагностика, оперативное лечение.

Очаги разможжения головного мозга – это макроскопически обнаруживаемые участки деструкции мозгового вещества, обычно имbibированные кровью, образовавшиеся вследствие механической травмы и последующих дисгемических нарушений. Неудовлетворительные результаты удаления только внутримозговых гематом у больных с деструкцией мозговой ткани послужили основанием для совершенствования хирургических методов лечения очагов разможжения больших полушарий головного мозга [2].

В первые дни после травмы в области очага разможжения выделяют три зоны:

- 1) зона деструкции (ишемия),
- 2) переходная зона (редуцированный кровоток),
- 3) пограничная зона (увеличенный кровоток).

Дискуссионным является вопрос объема оперативного вмешательства – удалять ли, например, всю височную долю при наличии очага разможжения ее полюса, удалять ли очаг в пределах переходной зоны и осуществлять ли отмывание мозгового детрита и субпиальное отсасывание нежизнеспособной ткани [1, 3, 4].

Были проанализированы результаты лечения 32 больных с очагами разможжения головного мозга. Наличие очагов было верифицировано с помощью магнитно-резонансной и компьютерной томографии, интраоперационно и по данным аутопсии. На этапе дооперационного обследования всем больным выполнены рентгенография черепа и эхоэнцефалография. Магнитно-резонансная томография головного мозга использована в 18 случаях, компьютерная томография – в 3. Необходимо отметить большую информативность магнитно-резонансной томографии