

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 внутричерепных 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 данными 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

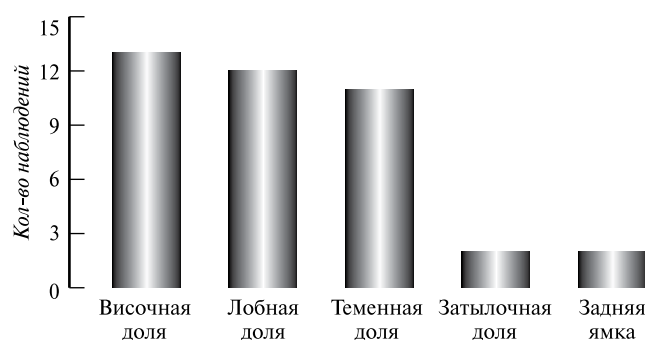


Рис. Локализация очагов размождения головного мозга.

в диагностике очагов размождения, хотя она и сопряжена с техническими трудностями из-за большей продолжительности исследования.

Показаниями к экстренному оперативному вмешательству служили открытая черепно-мозговая травма, сопровождавшаяся вдавленными переломами черепа, и обширные очаги размождения и оболочечные гематомы, вызывающие выраженную дислокацию мозга. В более поздние сроки показаниями к хирургическому лечению были нарастание очаговой и общемозговой неврологической симптоматики, а также ухудшение или отсутствие клинического улучшения.

На момент поступления в полном сознании находились 6 человек, в оглушении — 14, в коме различной глубины — 12. Чаще диагностировалось поражение височной и лобной долей мозга (рис.). Сочетание очагов размождения с субарахноидальными кровоизлияниями зарегистрировано в 27, с линейными переломами свода черепа — в 9, с вдавленными переломами черепа — в 8, с субдуральными гематомами — в 4 случаях, с эпидуральными гематомами — в 1 наблюдении. Объем очагов составил от 10 до 80 мл.

Все больные были оперированы (табл. 1, 2). Выжило 23 человека (72%), умерло 9 (28%). На момент выписки из стационара неврологический дефицит отсутствовал у 10 больных, незначительные неврологические нарушения зарегистрированы у 6 пациентов. Грубые неврологические нарушения отмечены в 7 случаях.

Из умерших семь больных поступили в состоянии комы различной степени, двое — в сопоре. В шести случаях при поступлении здесь выявлялась стволовая дислокационная симптоматика, в пяти диагностированы множественные очаги размождения, пять человек были старше 60 лет. Непосредственной причиной смерти в семи случаях послужили отек и дислокация головного мозга, в одном — недиагностированный при жизни очаг размождения в лобной доле.

Таким образом, факторами, оказывающими неблагоприятное влияние на течение и прогноз черепно-мозговой травмы с наличием очагов размождения головного мозга, оказались:

- глубокое нарушение сознания и витальных функций до операции;
- выраженная дислокация структур головного мозга;
- преклонный возраст больных.

Таблица 1

Сроки оперативных вмешательств

Срок после поступления	Кол-во случаев
До 6 часов	17
6 часов — 1 сутки	4
1–3 суток	2
3–5 суток	4
Более 5 суток	5

Таблица 2

Объем оперативного вмешательства

Объем операции	Кол-во случаев
Радикальное удаление очагов	21
Удаление в пределах зоны деструкции	2
Удаление одного очага при множественном поражении	3
Отмывание мозгового детрита	6

Выводы

1. Магнитно-резонансная и компьютерная томография — незаменимые методы диагностики очагов размождения головного мозга. Организация круглосуточной томографической службы и решение проблемы обследования больных в коматозном состоянии — современный стандарт в диагностике очагов размождения головного мозга и черепно-мозговой травмы.

2. Своевременное оперативное вмешательство (внутренняя декомпрессия) позволяет улучшить исходы заболевания при черепно-мозговой травме с очагами размождения головного мозга.

3. Операцией выбора является радикальное удаление очага размождения мозга (при условии функционально-анатомической дозволенности).

Литература

1. Быковников Л.Д. Хирургическое лечение ушибов больших полушарий головного мозга : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1982.
2. Зотов Ю.В., Касумов Р.Д. Очаги размождения головного мозга. — СПб., 1996.
3. Лебедев В.В. Хирургическое лечение ушибов и дислокаций мозга. — М. : Медицина, 1974.
4. Щербакова Е.Я. // Хирургическое лечение ушибов и дислокаций мозга. — М., 1974. — С. 4.

Поступила в редакцию 27.04.2007.

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE FOCAL BRAIN SMASH

P.I. Lisimenko, A.V. Antonov, M.I. Shpak, R.V. Anoshkin
Sakhalin Regional Hospital (Yuzhno-Sakhalinsk)

Summary — The results of treatment of 32 patients with brain trauma with the focal brain lesions are analyzed. Among the death risk factors are the deep loss of consciousness, the expressed disposition of brain structures and old age. The conclusion about the necessity of round-the-clock CT service is done, as well as about the necessity of internal decompression and radical removal of the lesions at special conditions.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 3, p. 79–80.