

2. Бурдис А.В. Ошибки и опасности в анестезиологической практике. — Киев, 1978.

3. Каллос К.Ф., Лампе К.Ф., Оркин Ф.К. Осложнения при анестезии. — М., 1985.

4. Купер Дж. Б.// Анестезиол. и реаниматол. — 1991. — № 3. — С. 3—5.

5. Kaplan S.A., Jack M.L., Alexander K. et al.// Br. J. Anaesth. — 1972. — Vol. 44. — P. 803.

6. Aro L., Takki S., Aromas U.// Br. J. Anaesth. — 1974. — Vol. 43. — P. 1081.

7. Utting I.R., Gray T.C., Shelley F.C.// Can. Anaesth. Soc. J. — 1979. — Vol. 26. — P. 472.

Поступила 29.05.96.

DIFFICULT INTUBATION IN ANESTHESIOLOGY

R.Sh. Shaimardanov, A.A. Nazipov,
V.N. Korobkov, A.V. Shutov, V.N. Biryaltsev

Summary

The cases of difficult trachea intubation in the performance of general anesthesia are analyzed. Two aspects affecting the successful performance of intubation: the determination of the cause and degree of difficulty of the procedure involved and the choice of optimum method for it are provided.

УДК 616.65—006.55—089.87—008.815

СПОСОБ ГЕМОСТАЗА ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ

В.Н. Дубровин

Республиканская больница (главрач — С.П. Новоселов) МЗ Республики
Марий Эл, Йошкар-Олинский филиал (директор — доц. В.П. Рассанов)
Казанского государственного медицинского университета

Одной из наиболее важных проблем практической урологии остается выбор метода хирургического лечения аденомы предстательной железы. Наибольшее распространение в нашей стране получили чреспузырный и трансуретральный методы аденомэктомии [5, 8].

Показанием к трансуретральной аденомэктомии является аденома предстательной железы 2 степени, объем которой достигает 40 см³, при наличии остаточной мочи не более 150 мл [9].

При проведении чреспузырной аденомэктомии основной проблемой остается способ остановки кровотечения из ложа удаленной аденомы. От правильного выбора оптимального способа зависит профилактика наиболее распространенных осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Предложено множество способов остановки кровотечения после аденомэктомии. Среди них чаще используют наложение узловых или съемных гемостатических лигатур на шейку мочевого пузыря. При ее сшивании в продольном или поперечном направлении узловыми швами развивается воспалительный процесс. Его очагом является оставленная лигатура, которая приводит к развитию рубцово-склеротических процессов в шейке мочевого пузыря и к увеличению опасности возникновения обструктивных осложнений в послеоперационном периоде [7].

Применяются способы гемостаза после аденомэктомии с наложением съемных лигатур на шейку мочевого

пузыря, выводимые на промежность [3], по уретре [2, 4]. Наиболее предпочтительна остановка кровотечения путем наложения съемных лигатур на шейку мочевого пузыря и ушивания его наглухо [1, 6]. Именно такой способ позволяет производить идеальную аденомэктомию — надлобковую чреспузырную аденомэктомию с первичным глухим швом мочевого пузыря [3], оставляя лигатур в его шейке, что приводит к раннему восстановлению самостоятельного мочеиспускания. Но при снятии лигатур из ложа удаленной аденомы предстательной железы может возникнуть вторичное кровотечение, оторваться лигатура и остаться в шейке мочевого пузыря.

Предложен способ окончательной остановки кровотечения после аденомэктомии путем уретроцистоскопии во время операции и трансуретральной электрокоагуляции кровоточащих сосудов ложа предстательной железы под оптическим контролем. Операцию производят под общим обезболиванием. Пациента укладывают на операционный стол в горизонтальном положении на спину, с разведенными на подложенных подставках ногами для проведения интраоперационной уретроцистоскопии. После обычной надлобковой чреспузырной аденомэктомии в мочевом пузыре оставляют толстую дренажную трубку для оттока промывных вод. Разрез мочевого пузыря стягивают кистетным швом. Хирург проводит уретроцистоскопию под постоянным током промывных вод по направлению к мо-

чевому пузырю. Используемый резектоскоп 23-Sh фирмы "K. Storz" оснащен видеосистемой. При помощи рабочего элемента резектоскопа и пуговчатого электрода производят электрокоагуляцию каждого кровоточащего сосуда ложа аденомы предстательной железы до полной остановки кровотечения. Устанавливают уретральный катетер Фолея, мочевой пузырь ушивают наглухо. В послеоперационном периоде промывают мочевой пузырь раствором фурацилина (1:5000), уретральный катетер удаляют на 4—5-е сутки. Восстанавливается самостоятельное мочеиспускание.

По описанному выше методу были прооперированы 3 человека. Показанием к операции считали аденому предстательной железы 2 ст., объемом от 60 до 80 см³ и наличием остаточной мочи не более 150 мл. Во время операции полной остановки кровотечения добились через 10—15 минут путем проведения уретроцистоскопии и электрокоагуляции кровоточащих сосудов ложа аденомы предстательной железы. У всех больных кровотечение не возобновлялось, после удаления уретральных катетеров восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Послеоперационный период составил в среднем 11 дней. Дальнейшее лечение проводили амбулаторно под наблюдением уролога. Приводим наше наблюдение.

К., 63 лет, госпитализирован в урологическое отделение Республиканской клинической больницы с жалобами на затрудненное мочеиспускание, вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание ночью. Болен около 1,5 лет.

Анализ мочи: щелочная реакция, содержание белка — 0,033 г/л, количество лейкоцитов — 5—6 в поле зрения.

Анализ крови: уровень остаточного азота — 3,3 ммоль/л, мочевины — 4,6 ммоль/л, креатинина — 96 мкмоль/л. При посеве мочи микрофлора не выделена.

Экскреторная урография: выделительная функция почек не нарушена; на нисходящей цистограмме выявлены дефект наполнения за счет аденомы предстательной железы, остаточная моча.

Ультразвуковое сканирование: объем предстательной железы — 65 см³, количество остаточной мочи — 150 мл. 24.11.1995 г. произведена чреспузырная аденомэктомия, трансуретральная электрокоагуляция кровоточащих сосудов ложа аденомы до полной остановки кровотечения. Установлен уретральный катетер Фолея. Мочевой пузырь ушит наглухо. Послеоперационный период протекал без осложнений; уретральный катетер был удален на 4-е сутки. У боль-

ного восстановилось самостоятельное мочеиспускание. Сняты швы, заживление первичное. Послеоперационный период составил 8 дней. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

Таким образом, комбинирование чреспузырной аденомэктомии и трансуретральной электрокоагуляции кровоточащих сосудов ложа аденомы предстательной железы позволяет добиться надежной остановки кровотечения во время операции без применения гемостатических швов. Операцию важно заканчивать наложением глухого шва мочевого пузыря с последующим ранним восстановлением мочеиспускания. Данный метод операции позволяет сократить послеоперационный период. Операция выполнима в любой клинике при наличии обычного резектоскопа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельфер П.И., Блотной Х.П. // Урология. — 1959. — № 4. — С. 33.
2. Горюловский Л.М., Вязенкин В.И., Велигура В.И. и др. // Урол. и нефрол. — 1981. — № 4. — С. 34—39.
3. Новиков И.Ф. Тез. докл. 11 конференции урологов БССР. — Минск, 1974.
4. Питель Ю.А., Асламов Э.Г., Голичев И.И. // Урол. и нефрол. — 1973. — № 4. — С. 31—33.
5. Питель Ю.А. Руководство по урологии. — М., 1982.
6. Ситдыков Э.Н. Аденомэктомия с первичным глухим швом мочевого пузыря при аденоме предстательной железы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Казань, 1964.
7. Ситдыков Э.Н., Басиашвили Т.Г., Ситдыкова М.Э. Обструктивные и вспомогательные осложнения аденомэктомии предстательной железы, их профилактика и лечение. — Казань, 1995.
8. Тактинский О.Л. Тез. докл. пленума Всероссийского общества урологов. — Курск, 1993. — С. 186.
9. Резолюция пленума правления Всероссийского общества урологов // Урол. и нефрол. — 1994. — № 5. — С. 53.

Поступила 04.04.96.

HEMOSTASIS METHOD IN ADENOMECTOMY

V.N. Dubrovin

S u m m a r y

Homostasis method of the prostate adenoma bed in adenomectomy — intraoperative urethrocystoscopy after adenoma enucleation in permanent adenoma bed lavage with subsequent electrocoagulation of bleeding vessels by button electrode (resectoscope) is proposed.