



($p < 0,05$), ніж до виконання операції. На 7 день післяопераційного періоду показники фібринолітичної активності сироватки крові дорівнювали передопераційним.

Таким чином, під час та після ТУР простати відбувається значне пригнічення фібринолітичної системи крові, що є передумовою для виникнення судинних катастроф, зокрема тромемболії легеневих артерій. Подальші дослідження змін стану фібринолізу та з'ясування шляхів більш досконалої корекції даних змін при виконанні ТУР передміхурової залози допоможуть зменшити операційний ризик.

Шутка В.Я.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

ХРОНІЧНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ ГЕМАТОМ В ОСІБ СТАРШОГО ВІКУ

Кафедра урології та нейрохірургії

Буковинський державний медичний університет

Метою нашої роботи було вивчення особливостей клініки, діагностики та лікування хронічних внутрічерепних гематом в осіб старшого віку.

Упродовж 2010 - 2020 років нами проведено хірургічне лікування хронічних внутрішньочерепних гематом у 114 пацієнтів в віці від 60 до 78 років. Найбільший відсоток (90) зареєстрований у віковій групі понад 60 - 65 років, частіше в осіб чоловічої статі – співвідношення становить 5 до 1. В клінічній картині захворювання на перший план виступали загальномозкові симптоми (головна біль, нудота, запаморочення, оглушеність) наростаючого характеру з послідуочим приєднанням, причому тільки у 25% хворих, локальної неврологічної симптоматики - гемі та монопарези, моторна афазія, анізокорія.

Брадикардія спостерігалась тільки у 28 %. Світлий проміжок тривав від 3 тижнів до 6 місяців. Особливо необхідно відмітити, що 52% пацієнтів старшого віку не могли вказати на наявність черепно-мозкової травми в попередньому періоді життя. При офтальмоневрологічному обстеженні явища застою зорового нерва виявлені у 44% хворих. В основному такі пацієнти лікуються в неврологічних стаціонарах та амбулаторно і неефективність консервативної медикаментозної терапії являлась показом для призначення та проведення комп'ютерно-томографічного обстеження головного мозку. Останнє являлось вирішальним в установці діагнозу хронічної субдуральної гематоми і пацієнти скеровувались в нейрохірургічний стаціонар.

Після ретельного обстеження при наявності хронічних серцево-судинних та легеневих, ниркових і ін. патологій з явищами недостатності, що не дозволяло використання інтубаційного наркозу, операції проводились під місцевою анестезією (12 хворих). При відсутності протипоказів використовувався інтубаційний наркоз.

При проведенні операцій нами використано один фрезевий отвір - у 82 хворих, два - фрезевих отвори у 21, і фрезевий отвір, який в подальшому розширений резекцією кістки - у 11. Хірургічне лікування заключалось у видаленні гематоми, промиванні її порожнини та наступному дренажуванні через операційну рану на протязі 1 - 3 діб. Особливістю хірургічної тактики при видаленні хронічної гематоми являється досягнення повного або часткового розправлення мозку та забезпечення доступу цереброспинальної рідини в порожнину гематоми. Отже, нами не встановлено взаємозв'язку між об'ємом операції і найближчими та віддаленими результатами. Контрольні томографічні обстеження, проведені через 2 - 4 місяці, у всіх пацієнтів показали повне розсмоктування капсули гематоми та розправлення головного мозку, у 90% виявлені ознаки судинних енцефалопатій.

Таким чином, відсутність в анамнезі черепно-мозкової травми у осіб старшого віку не являється достовірною ознакою для виключення діагнозу хронічної субдуральної гематоми, а при проведенні оперативного втручання доцільно використовувати мінімально інвазивну операцію фрезевої трепанації.