

(средняя кровопотеря $49,41 \pm 168,39$), одно ранение диафрагмы с развитием пневмоторакса), «малых» было 3 (17,64%) (две декапсуляции почки площадью до 2 см., одна подкожная гематома в области стояния троакара). В послеоперационном периоде обезбоживание в течении суток наркотическими анальгетиками потребовалось одному пациенту, еще двум – однократно, остальным в течении суток вводились ненаркотические анальгетики. Дренажи в девяти случаях удалялись на вторые сутки, в шести на третьи сутки, в двух случаях в связи с длительной лимфореей на седьмые сутки. Послеоперационный койко-день при иссечении кист составил $4,69 \pm 2,05$ (при открытых операциях – $9,25 \pm 2,5$), после нефрэктомии – $7,33 \pm 2,52$ (при открытых – $9,08 \pm 3,08$).

Заключение. Уже на начальных этапах освоения эндовидеохирургии эти операции показали высокую эффективность, а их малотравматичность, другие преимущества перед традиционными операциями не вызывает сомнений. Современное оборудование (в том числе жидкокристаллический монитор, имеющий четкую и качественную видеокартину и позволяющий не затемнять операционную, а также электрохирургические аппараты «Аутоком 400» и «Лига Шу», линейные сшиватели) позволяет приобретать опыт более быстрыми темпами. В ближайшей перспективе планируется освоение таких эндовидеоопераций, как пластика лоханочно-мочеточникового сегмента, нефропексия, резекция почки, цист- и простатэктомия.

Осложнения и ошибки при выполнении ТУР мочевого пузыря

Худяшов С.А., Устинова О.А., Фарбирович В.Я.

Клиника урологии Кемеровской государственной медицинской академии, г. Кемерово

Введение. В клинике урологии КемГМА на базе Кемеровской областной клинической больницы трансуретральная резекция (ТУР) применяется для лечения поверхностных опухолей мочевого пузыря в течение 12 лет. За это время выполнено более 400 данных операций и разработан алгоритм по подбору пациентов, технике выполнения операции и выбору анестезиологического пособия.

Материал и метод. Критериями отбора пациентов для выполнения ТУР являются: стадия опухолевого процесса, размер и количество опухолей. По нашему мнению, ТУР показана при одиночных крупных (до 2 см) опухолях, либо множественных (до 4-5) мелких. Независимо от размера опухоли, стадия не должна превышать T2.

Вид анестезии зависит от предполагаемой длительности операции и общесоматического состояния пациента. При продолжительности операции до 30 минут применяется внутривенный наркоз, при более длительном оперативном вмешательстве, а также у лиц пожилого возраста с наличием сопутствующей патологии предпочтительна перидуральная анестезия.

Таким образом, 3 составляющих эффективной ТУР при поверхностном раке мочевого пузыря: Стадия процесса или степень её инвазии, размер и количество опухолей, вид анестезиологического пособия.

Резекция опухоли осуществляется петлей классическим способом, с последующей вапоризацией места резекции с вовлечением 1,5 см интактной слизистой. В случае интраоперационной диагностики распространенной, инвазивной опухоли, мы ограничиваемся уретроцистоскопией и биопсией.

Грозными осложнениями ТУР мочевого пузыря являются кровотечение и перфорация. Для профилактики интраоперационной кровопотери и послеоперационного кровотечения необходима аккуратность и последовательность выполнения резекции, соблюдение тщательного гемостаза на фоне контроля артериального давления на заключительном этапе операции, особенно при применении перидуральной анестезии.