

При выполнении резекции опухоли на боковых стенках в зоне проекции запирательного нерва часто происходит произвольное резкое движение нижней конечности и, как следствие, возможность развития перфорации стенки мочевого пузыря петлей. Как известно, проведение ТУР под перидуральной анестезией не предотвращает данного осложнения. По нашему мнению, предпочтительно перед резекцией опухоли в «опасных зонах» выполнить пробную коагуляцию слизистой мочевого пузыря в прерывистом режиме вапоротродом или коагуляционным шариком и, при наличии движения больного, продолжать оперативное вмешательство на фоне введения миорелаксантов короткого действия. Как правило, однократного их введения вполне достаточно, чтобы в комфортных условиях осуществить тщательную резекцию.

Одним из грозных осложнений ТУР является перфорация стенки мочевого пузыря. Риск этого осложнения возрастает при выполнении повторных ТУР по поводу рецидивов в области рубцов, у пожилых женщин с истончением слизистой мочевого пузыря.

При возникновении внебрюшинной перфорации мочевого пузыря, мы применяем консервативную терапию на фоне длительного дренирования мочевого пузыря (катетер Фолея до 5 суток). При внутрибрюшинной перфорации тактика иная – срочная лапаротомия, санация брюшной полости, ушивание перфорационного отверстия, цистостомия.

Как пример сочетанного осложнения в виде перфорации и интраоперационного кровотечения, опишем осложнение, возникшее при выполнении ТУР мочевого пузыря.

Больной Т., 56 лет. При обследовании на амбулаторном этапе выявлена опухоль мочевого пузыря, стадия процесса T1-T2. Из сопутствующих заболеваний: хр. мегакариоцитарный лейкоз, синдром Лериша. При цистоскопии выявлены 3 мелковорсинчатые опухоли до 1 см на 3 см выше левого устья, стенка мочевого пузыря истончена. При выполнении резекции одной из опухолей произошло резкое произвольное движение больного и перфорация стенки мочевого пузыря с повреждением верхнепузырной артерии и вены. Учитывая выраженное кровотечение и невозможность остановить его эндоскопически, больному выполнена цистостомия, ушивание перфорационного отверстия, перевязка поврежденных сосудов на протяжении. В послеоперационном периоде неоднократные гемотрансфузии. Цистостомы удалены на 14 суток. Больной выписан через 17 суток с выздоровлением.

Заключение: ТУР мочевого пузыря, несмотря на видимость простоты выполнения, является серьезной операцией, которая должна выполняться с соблюдением всех правил урологом, имеющим достаточный опыт и владеющим техникой как эндоскопических, так и открытых операций на мочевом пузыре.

Хирургическое удаление конкрементов пиелоуретерального сегмента почки и верхней трети мочеточника через малый доступ *

Цуканов А.Ю., Матвеев Е.В., Макаров П.А., Калининко Д.А.

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Росздрава, Курс урологии последипломного образования. МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №2» г. Омск.

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из самых распространенных урологических заболеваний с хроническим течением, приводящим к снижению трудоспособности и инвалидизации. Развитие технических возможностей, расширение клинических показаний к дистанционной литотрипсии (ДЛТ), чрезкожной нефролитотрипсии (ЧНЛТ), совершенствование методик уретероскопии и контактной уретеролитотрипсии (КУЛТ) изменили подходы к лечению больных МКБ. В последнее время количество классических открытых операций прогрессивно снижается.