

применения в клинической практике и составляет ту основу, на которой будет совершенствоваться и развиваться лечение мочекаменной болезни.

Биполярная трансуретральная резекция – безопасный и эффективный метод в лечении заболеваний нижних мочевых путей

Севрюков Ф.А., Пучкин А.Б., Чебыкин А.В., Сорокин Д.А., Карпунин И.В., Семёнычев Д.В.
НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Горький ОАО РЖД. г. Н. Новгород.

Одним из основных направлений современной эндоскопической урологии является эндоскопическая хирургия уретры, простаты и мочевого пузыря.

Трансуретральная резекция (ТУР) является классическим методом монополярной электрохирургии и несет в себе все присущие этой технологии особенности и недостатки. Такие осложнения, как ожоги уретры, нарушения в работе водителя ритма сердца возникают из-за неконтролируемой утечки тока в организме пациента. Другим типичным осложнением является ТУР-синдром.

Биполярная система TURis (Transurethral Resection in Saline) для трансуретральной резекции в физиологическом растворе фирмы «Olympus» устроена так, что электрический ток свободно протекает через раствор, формируется плазменная дуга и затем электрический ток поступает на внутренний тубус и через возвратный кабель попадает обратно на аппарат UES-40.

За последние 3 года в урологическом центре Дорожной клинической больницы на ст. Горький ОАО РЖД выполнены 435 биполярных трансуретральных оперативных вмешательств у пациентов с различной патологией нижних мочевыводящих путей и простаты.

Основную часть оперированных больных составили пациенты с аденомой предстательной железы (АПЖ) - 238 (55%), раком мочевого пузыря- 108 (25%) и раком простаты в сочетании с нифравезикальной обструкцией- 56 (13%). 7 (1,5%) оперированы по поводу склероза простаты, 10 (2%) с одно- или двусторонним уретероцеле, 4 (1%) по поводу стриктуры уретры и 2 (0,5%) с полипами уретры, 10 (2%) выполнена трансуретральная энуклеация простаты биполярной петлей. 18 из них были с кардиостимулятором.

Объем простаты при АПЖ и склерозе простаты составил в среднем 62,5 см³ (от 10 до 125 см³). Время операции - 63 минуты (от 14 до 127 минут). Количество физиологического раствора, использованного при TURis в среднем составило 17,6 л (от 5 до 41 л).

Практически у всех больных после удаления уретрального катетера восстановилось самостоятельное мочеиспускание, а субъективно больные испытывали облегчение после удаления катетера. Дизурия по их оценке была минимальной. Из осложнений нельзя не отметить недержание мочи у 7 (5,3%) пациентов в раннем послеоперационном периоде. Тампонада мочевого пузыря развилась у 4-х (1,4%) больных.

Острая задержка мочеиспускания, после удаления уретрального катетера осложнила течение раннего послеоперационного периода у 2 (1,9%) больных, перенесших TURis по поводу АПЖ. Причиной задержки мочеиспускания в обоих случаях стало наличие резидуальной ткани.

Таким образом, преимущество TURis заключается в том, что не происходит утечки электрического тока, поэтому не имеет место непреднамеренный ожог тканей уретры и места наложения пассивного электрода.

Намного реже встречается рефлекс заливательного нерва, т.к. большая часть электрического тока не проходит через тело пациента. Нет риска воздействия электрического тока на водителя ритма. За счет образования плазменной дуги хирурги работают более