

# ВЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ПЛАЗМЕННОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРОСТАТЫ (П-ТУЭП). ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

*Кнутов А.В., Севрюков Ф.А., Кочкин А.Д., Володин М.А., Семёнычев Д.В.*

*г. Нижний Новгород*

**Введение.** В нынешнем десятилетии хирургическое лечение доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП) невозможно представить без применения энуклеационных методик. На ряду с лазерной, плазменная трансуретральная энуклеация простаты считается одной из наиболее эффективных. Однако, данный метод не обделен одним из самых опасных и в то же время редких осложнений моно- и биполярной трансуретральной хирургии - взрывом в мочевом пузыре. Принято считать, что он возникает в результате контакта петли резектоскопа со смесью горючих газов, выделяющихся во время резекции. Это осложнение относится к взрывным травмам мочевого пузыря и, в подавляющем большинстве случаев, требует выполнения лапаротомии с последующей ревизией органов брюшной полости с восстановлением целостности мочевого пузыря. Лапароскопическая коррекция этого осложнения в современной литературе представлена лишь несколькими клиническими наблюдениями, в связи с чем приводим данный клинический случай.

**Материалы и методы.** В урологическом центре ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г.Нижний Новгород» пациенту 70-ти лет, в связи с обструкцией нижних мочевых путей, вызванной ДГП, выполнялась П-ТУЭП под спинальной анестезией. Объем простаты - 120 см<sup>3</sup>. После успешной энуклеации и морцелляции аденоматозной ткани, на этапе завершения в режиме «резекция» в области шейки мочевого пузыря (на 12 часах условного циферблата) произошел взрыв с ощущением толчка в нижней части живота. Контрольная цистоскопия верифицировала обширный внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря. Пациент интубирован и переведен на ингаляционную анестезию, после чего выполнена диагностическая лапароскопия. По завершению аспирации крови и промывных вод визуализирован обширный продольный разрыв передней стенки мочевого пузыря. Произведен гемостаз, фрагменты аденоматозной ткани извлечены. После оценки качества краев раны, мочевой пузырь ушит непрерывно нитью v-lock. Установлен катетер Фолея и улавливающий дренаж. Операция завершена после проверки герметичности анастомоза. Нахождение пациента в стационаре составило 10 суток. Время трансуретрального этапа операции - 60 минут, лапароскопического – 100 минут.

**Результаты.** Объем кровопотери составил 500 мл. Послеоперационный период протекал без особенностей. Улавливающий дренаж удален на 3-и сутки, уретральный катетер на 8-ые после выполнения восходящей цистографии.

**Выводы.** Лапароскопия может являться методом выбора коррекции такого редкого, но грозного осложнения трансуретральной хирургии простаты, как взрыв в мочевом пузыре.