

Результаты. Осложнения на этапе доступа составили 9 случаев или 24%. В их числе: смещение струны проводника 1(2,7%), потеря доступа в почку 1(2,7%), перфорация чашечки и травма почечной паренхимы 2 (5,4%), перфорация лоханки 1(2,7%), кровотечение 4(10,8%). В 28 случаях (76%) осложнений отмечено не было и операция была закончена установкой внутреннего стента, не требующего наружного дренирования почки нефростомическим дренажом.

Выводы. Технически верное выполнение перкутанного доступа с правильным выбором места пункции через свод верхней или средней задней чашечки почки, позволяет выполнять перкутанное рентгенэндоскопическое лечение стриктур мочеточников с минимальным травматическим воздействием на ткань почки и как следствие без последующего наружного дренирования.

Анализ возможности создания оптимального перкутанного внеплеврального межреберного доступа в почку

Мартов А.Г., Степанов В.С., Гурбанов Ш.Ш.

Городская клиническая урологическая больница №47, ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий, г.Москва.

Введение. Развитие перкутанной хирургии (лечение коралловидных, крупных и множественных камней почек, перкутанная эндопиелотомия и др.) все чаще требует создания «высокого» прикладного межреберного доступа пункцией через верхние и средние группы чашечек почки в межреберном пространстве. Правильно созданный доступ в полостную систему почки во многом предопределяет результат перкутанного вмешательства и позволяет во многом предотвратить возможные осложнения этого высокотехнологичного и высокоэффективного малоинвазивного метода лечения сложной категории пациентов.

Материалы и методы. В ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий и ГКУБ №47 проведен анализ возможности создания перкутанного межреберного внеплеврального доступа в почку у 120 пациентов (240 почек) в зависимости от места пункции, фазы дыхания, пола и стороны вмешательства. Возможность создания внеплеврального антеградного доступа в почку изучалась с помощью ультразвукового сканирования (УЗС). Использовалась следующая методика: в IX, X, XI межреберье и под XII ребром по задней подмышечной линии производили УЗС при максимальном и зафиксированном вдохе и выдохе пациента, располагая ультразвуковой датчик перпендикулярно к поверхности тела больного в "операционном" положении. Учитывался тот факт, что при межреберной пункции медиальнее лопаточной линии возрастает риск повреждения плевры, а при "коротком" XII ребре плевральная полость в этой зоне может быть даже ниже XII ребра на 1-2 см

Результаты. Результаты исследования представлены в таблице №1

Таблица №1 Анализ возможности создания прикладного перкутанного доступа в почку (на примере 120 пациентов).

Место пункции	Кол-во больных Пол	Правая почка			Левая почка		
		Вдох	Выдох	Итого	Вдох	Выдох	Итого
9 межреберье	54 муж	-	12 (22,2%)	25/240 (10,4%)	-	12 (22,2%)	23/240 (9,6%)
	66 жен	-	13 (19,6%)		-	11 (16,6%)	
10 межреберье	54 муж	22 (40,7%)	50 (92,5%)	153/240 (63,75%)	19 (35,1%)	49 (90,7%)	96/240 (59,5%)