

	66 жен	21 (31,8%)	60 (90,9%)		17 (25,7%)	58 (87,8%)	
II межреберье	54 муж	46 (85,1%)	54(100%)	219/240 (91,25%)	44 (81,4%)	54 (100%)	217/240 (90,4%)
	66 жен	53 (80,3%)	66(100%)		53 (80,3%)	66 (100%)	
Ниже 12 ребра	54 муж	54 (100%)	54(100%)	240/240 (100%)	54 (100%)	54 (100%)	240/240 (100%)
	66 жен	66 (100%)	66(100%)		66 (100%)	66 (100%)	

Из полученных результатов следует, что межреберную пункцию целесообразно выполнять под ультразвуковым наведением и обязательно во время выдоха больного, при этом пункция в X межреберье практически в 3 ($p < 0,01$), а в XI-в 1,2 раза безопаснее, чем на вдохе. Межреберную пункцию почки под рентгенологическим контролем можно выполнять в XI, и лишь при крайней необходимости - в X межреберье, т. к. практически у 40% больных имеется опасность плеврального конфликта. Слева межреберная пункция недостоверно опаснее, чем справа, так же она более опасна у женщин, чем у мужчин.

Выводы. Межреберный перкутанный доступ в почку наиболее безопасно выполнять под ультразвуковым контролем и во время выдоха больного. Межреберная пункция под рентгенологическим контролем возможна в XI межреберье. Необходимо учитывать, что слева межреберная пункция чаще чревата осложнениями, чем справа и что она более опасна у женщин, чем у мужчин. Необходимо знание типичных вариантов расположения почек и их чашечно-лоханочной системы по отношению к поверхности, осям тела, диафрагме и ребрам, что определяет особенности межреберного пункционного доступа.

Эффективность способов дилатации нефростомического канала при перкутанных рентгенэндоскопических операциях на этапе создания прикладного доступа в собирательную систему почки

Мартов А.Г., Степанов В.С., Москаленко С.А., Гурбанов Ш.Ш., Лисенок А.А.
ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий, 47ГКУБ, г.Москва.

Введение. На сегодняшний день перкутанные рентгенэндоскопические операции на почке и верхних мочевыводящих путях при крупных и множественных конкрементах почки и при их сочетании с непроходимой стриктурой в 3/3 мочеточника стали традиционными. Применяется перкутанное удаление инородных тел собирательной системы почки и папиллярных опухолей лоханки. Наряду с выбором места пункции для успешного выполнения перкутанного доступа в чашечно-лоханочную систему к объекту операции, большое значение имеет способ дилатации создаваемого нефростомического канала. В современной практике для создания перкутанного доступа в почку применяют методику многоэтапной дилатации пункционного канала с использованием телескопических бужей или последовательного использования полуригидных тefлоновых бужей Amplatz возрастающего диаметра, а также метод одномоментной дилатации с помощью бужа Amplatz большого диаметра или катетера с баллоном высокого давления.

Материалы и методы. В ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий и ГКУБ №47 проведен анализ эффективности выполнения доступа при перкутанных рентгенэндоскопических операциях в зависимости от способа дилатации прикладного пункционного канала в собирательную систему почки. Всего исследовано 400 перкутанных рентгенэндоскопических оперативных вмешательств. В 330 случаях операции выполнялись по поводу мочекаменной болезни верхних мочевыводящих путей. В 14 случаях по поводу стриктуры ло-