

ханочно-мочеточникового сегмента и верхней трети мочеточника, в 2 случаях по поводу инородного тела собирательной системы почки, в 4 случаях по поводу папиллярной опухоли лоханки почки, в 50 случаях по поводу мочекаменной болезни в сочетании со стриктурой в/3 мочеточника. В ходе проведенных оперативных вмешательств было создано 417 прикладных перкутанных доступа в собирательную систему почек. Дилатация каналов доступа выполнялась до 28-32 Fg в диаметре. В 102 случаях применялись телескопические бужы Alken, в 105 использовалась последовательная смена пластиковых Amplatz бужей возрастающего калибра. В 106 доступах применен метод одномоментной дилатации с использованием Amplatz дилататора большого диаметра. При создании 102 прикладных перкутанных канала применялся метод баллонной дилатации. Эффективность создания перкутального доступа оценивалась по времени его выполнения, лучевой нагрузке и осложнениям, связанным с доступом (смещение струны-проводника, потеря доступа в почку, кровотечение, потребовавшее гемотрансфузии, перфорация чашечки и травма паренхимы почки, перфорация лоханки проводником или бужами).

Результаты. Количество осложнений на этапе доступа при использовании способа дилатации пункционного канала с последовательной сменой пластиковых бужей в 105 (100%) пособиях равнялось 27 или 25,7%. Из них смещение струны проводника 11 (10,4%), потеря доступа в почку 4 (3,8%), перфорация чашечки и травма почечной паренхимы 3 (2,8%), перфорация лоханки 5 (4,7%), кровотечение потребовавшее гемотрансфузию 4 (3,8%). Время, затраченное на осуществление доступа в среднем составило 15±4 мин. Среднее время лучевой нагрузки 41,4 сек. При применении метода бужирования пункционного канала с использованием телескопических бужей Alken в 102 (100%) доступах общее число осложнений на этапе их создания составило 17 (16,6%). В 5 (4,9%) случаях отмечено смещение струны проводника, перфорация лоханки в 5 (4,9%), перфорация чашечки и травма паренхимы в 4 (3,9%), в 3 (2,9%) – кровотечение потребовавшее гемотрансфузии. Потери доступа не было. Среднее время затраченное на выполнение доступа составило 11±3 мин. Среднее время лучевого воздействия 45,4 сек. Применение метода одномоментного бужирования Amplatz бужами 28F-32F снизило общее число осложнений связанных с выполнением доступа до 8 случаев (7,5%) из 106(100%). Смещение струны проводника 2 (1,8%), перфорация чашечки и травма паренхимы 1 (0,9%), перфорация лоханки 2 (1,8%), кровотечение потребовавшее гемотрансфузии 3 (2,8%). Потери доступа не было. Среднее время затраченное на выполнение доступа составило 6±3 мин. Среднее время лучевого воздействия составило 15,3 сек. При применении баллонной дилатации 102(100%) перкутанных канала осложнения отмечены в 7 (6,7%) случаях. Смещение струны проводника отмечено в 3 (2,9%) случаях. Перфорации чашечки и травма паренхимы, а так же перфорации лоханки не отмечено. Кровотечение потребовавшее гемотрансфузии было в 2 (1,9%) случаях. Потери доступа 2(1,9%). Среднее время затраченное на выполнение доступа составило 10±4 мин. Среднее время лучевого воздействия составило 24,3 сек.

Выводы. Преимуществами одномоментной дилатации Amplatz бужом большого диаметра в сравнении с последовательным бужированием дилататорами возрастающего калибра и телескопическими бужами Alken, являются снижение риска потери доступа, уменьшение травмы почки и геморрагических осложнений. Баллонная дилатация наиболее безопасна, но уступает методу одномоментной дилатации Amplatz бужом большого диаметра по времени выполнения доступа, лучевой нагрузке и затратам на расходные материалы. Применение бужей Alken целесообразно у пациентов, ранее перенесших оперативные вмешательства на почке, и имеющих выраженный рубцовый процесс в паранефрии. Баллонный метод дилатации наиболее оправдан в случаях с патологически подвижной почкой, когда для исключения неконтролируемой травмы структур почки имеет значение сохранение ее постоянного положения, достижимого за счет поперечного воздействия дилатирующих сил на пункционный канал при расширении баллона.