

3. Максимальная глубина расположения фокуса на аппарате «Sonolith I-sys» (210 мм и более) позволяет проводить литотрипсию пациентам с массой тела более 120 кг.

4. Система позволяет проведение эффективной мелкодисперсной дезинтеграции конкрементов размером более 2 см и плотностью до 1500 НУ.

Сведения об авторах статьи:

Основин О.В. – к.м.н., ассистент кафедры урологии ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

Попков В.М. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии, ректор ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112. Тел. (8452) 56-67-96.

Бломберг Б.И. – к.м.н., профессор кафедры урологии, с.н.с. НИИ фундаментальной и клинической урологии ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

Хотько Д.Н. – к.м.н., ассистент кафедры урологии ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

Тарасенко А.И. – сотрудник кафедры урологии ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин, Н.А., Дзеранов, Н.К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия спустя 10 лет // Материалы пленума Всерос. общ-ва урологов. – Екатеринбург, 1996. – С.313-323.
2. Дзеранов, Н.К., Лопаткин, Н.А. Мочекаменная болезнь. Клинические рекомендации: Монография. – М., 2007. – С.83-118.
3. Saltutti C., Benedetto D., Fiori M. Extracorporeal lithotripters: is there a new gold standard? In-vivo multifunctional comparison between 6 mobile devices.// Congress Associazione Urologi Italiani, Roma, Italy, 2003.
4. Peterson D.T., Gibbons W.S., Monda J.M., Lee L.M. The first US experience in lithotripsy the Sonolith Praktis.// Poster presented at the TMS booth during the AUA Congress, Chicago, USA, 2003.
5. Caione P., Vanzozi E., Miano R., Collura G. Role and indication for extracorporeal lithotripsy in pediatric patients.// SIUP, Italy, – 2005.

УДК 616.62-089.844: 616.617-089.86-031:611.341

© С.Н. Переходов, М.И. Васильченко, И.В. Семенякин, Д.А. Зеленин, 2013

С.Н. Переходов, М.И. Васильченко, И.В. Семенякин, Д.А. Зеленин ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОХИРУРГИИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ МОЧЕТОЧНИКОВО-КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Городская клиническая больница № 50, г. Москва

Одними из осложнений при формировании искусственного кишечного мочевого пузыря или резервуара являются несостоятельность кишечно-мочеточниковых анастомозов в раннем послеоперационном периоде и развитие стриктуры анастомозов в отдаленном периоде. После изучения морфометрических характеристик стенки тонкой кишки и мочеточника определены параметры шовного материала необходимого для формирования микрохирургических мочеточниково-кишечных анастомозов. Формирование мочеточниково-кишечных анастомозов микрохирургической техникой выполнено у 14 больных. Применение микрохирургии позволило четко сопоставить сшиваемые анатомические структуры, что способствовало сокращению сроков интубации мочеточников, исключило развитие послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: микрохирургия, мочеточниково-кишечный анастомоз, цистопластика.

S.N. Perekhodov, M.I. Vasilchenko, I.V. Semenyakin, D.A. Zelenin MICROSURGERY IN FORMATION OF URETERO-INTESTINAL ANASTOMOSES

One of the complications in the formation of orthotopic intestinal bladder or tank is the failure of the intestinal-ureteral anastomosis in the early postoperative period and the development of anastomotic stricture in the long term. After studying the morphometric characteristics of the small intestine wall and ureter parameters of suture material needed to form a micro-surgical uretero-intestinal anastomosis have been determined. Formation of ureteral-intestinal anastomosis using microsurgical technique was performed in 14 patients. Microsurgery allowed to match the sutured anatomical structures, thereby shortening ureteral intubation and eliminating postoperative complications.

Key words: microsurgery, uretero-intestinal anastomosis, cystoplasty

Хирургическое лечение пациентов со злокачественными новообразованиями мочевого пузыря, патологией мочевого пузыря неопухолевой этиологии, требующими цистэктомии, представляет сложную задачу, связанную с частотой послеоперационных осложнений. Одними из осложнений при формировании искусственного кишечного мочевого пузыря или резервуара являются несостоятельность кишечно-мочеточниковых анастомозов в раннем послеоперационном периоде и развитие стриктуры данных анастомозов в отдаленном периоде [1,2,3]. С целью профи-

лактики подобных осложнений при формировании мочеточниково-кишечных анастомозов применялась микрохирургическая техника.

Материал и методы. Морфологическая часть исследования выполнена на 30 объектах: 10 объектов – стенка терминального отдела подвздошной кишки человека, 20 объектов – стенка пояснично-тазового отдела мочеточника человека. Участок кишки и мочеточников забирался интраоперационно.

Формирование мочеточниково-кишечного анастомоза микрохирургической техникой во время операции цистэктомия с

кишечной пластикой мочевого пузыря было выполнено 14 большим, наложено 24 анастомоза.

Способ формирования микрохирургического мочеточниково-кишечного анастомоза осуществляется следующим образом. На проксимальном недетубуляризованном участке кишечного мочевого пузыря выкраивается площадка путем удаления серозной оболочки и частично мышечной оболочки $30-40 \times 5-7$ мм. Мочеточник укладывается до середины площадки и фиксируется отдельными швами у ее проксимального края, затем вскрывается просвет кишки. Перед сшиванием передней губы анастомоза мочеточник интубируется. Формируется анастомоз между мочеточником и кишечным мочевым пузырем (резервуаром) под оптическим 6-кратным увеличением. Нитью 6/0(7/0) прошивается медиальная губа анастомоза тремя швами на равных расстояниях друг от друга: в перпендикулярной плоскости относительно стенки кишки производится вкол через мышечный слой и подслизистую основу без захвата слизистой оболочки с выколом и последующим вколом через подслизистую основу, мышечную и адвентициальную оболочки мочеточника, после сопоставления сшиваемых тканей

нить завязывается. После наложения всех швов аналогичным швом сшивается латеральная губа анастомоза, также тремя швами на равных расстояниях друг от друга, затем накладывается второй ряд швов анастомоза. На медиальной губе анастомоза тремя швами сшивается на равных расстояниях друг от друга в промежутках между швами первого ряда вкол иглы производится через серозную оболочку кишки с последующим вколом через адвентициальную оболочку мочеточника. На латеральной губе, в зоне выкроенной площадки сшивается адвентициальная оболочка мочеточника и подслизистая основа стенки кишки также тремя швами на равных расстояниях друг от друга в промежутках между швами первого ряда. На проксимальный и дистальный края площадки накладываются отдельные лигатуры, при подтягивании за нити производится инвагинация дистального конца мочеточника в просвет кишки. Аналогично выполняется анастомоз с противоположной стороны.

Результаты и обсуждение. Морфометрические данные о толщине слоев стенки пояснично-тазового отдела мочеточника и терминального отдела подвздошной кишки представлены в табл. 1, 2.

Таблица 1

Слой стенки	Пояснично-тазовый отдел мочеточника			
	$X \pm S_x$	Min	Max	σ
Адвентициальная оболочка	139,1 \pm 4,0	110,0	170,2	19
Мышечная оболочка	245,2 \pm 12,0	215,2	284,0	7
Подслизистая основа	108,4 \pm 3,3	91,1	175,3	21

Таблица 2

Слой стенки	Терминальный отдел подвздошной кишки			
	$X \pm S_x$	Min	Max	σ
Серозная оболочка	110,0 \pm 7,0	109,3	154,1	21
Мышечная оболочка	320,4 \pm 15,0	249,4	349,0	39
Подслизистая основа	223,4 \pm 14,0	199,0	247,3	33

Сопоставление морфометрических данных с системой маркировки микрошовного материала, применяемого соответственно толщине оперируемой анатомической структуры, определяет номер нити 6/0-7/0 и диаметр иглы 0,3 мм, необходимые при анастомозировании пояснично-тазовой части мочеточника и подвздошного отдела тонкого кишечника.

Учитывая принципы микрохирургии и футлярного строения трубчатых органов при сшивании, не должно происходить сшивание слизистых оболочек, поэтому толщина слизистой при исследовании морфометрических параметров стенки кишечника и мочеточника не учитывается.

Среднее время, затраченное на формирование микрохирургического анастомоза с одной стороны, составило 20 минут. У всех больных мочеточниковые интубаторы были удалены на 6-8-е сутки после операции. На следующий день после удаления интубаторов выполнялась внутривенная урография. Во всех случаях проходимость места анастомоза была удовлетворительная, несостоятельности анастомозов и расширения верхних мочевых путей не было. Из числа пациентов, которым мочеточниково-кишечные анастомозы были выполнены микрохирургической техникой, в послеоперационном периоде возникновения или обострения пиелонефрита не было, что, по нашему мнению, обусловлено ранним удалением мочеточниковых интубаторов. В от-

даленные сроки после операции пузырно-мочеточниковых рефлюксов у больных не было отмечено.

Выводы. Применение микрохирургической техники формирования мочеточниково-

кишечных анастомозов позволяет четко сопоставить сшиваемые анатомические структуры, что способствует сокращению сроков интубации мочеточников, уменьшает риск развития послеоперационных осложнений.

Сведения об авторах статьи:

Переходов Сергей Николаевич – д.м.н., профессор, главный врач ГКБ № 50. Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21. Тел.: +7 499 7607933. E-mail: info@gkb50.msk.ru.

Васильченко Михаил Иванович – д.м.н., профессор, зам. главного врача по хирургии ГКБ № 50. Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21. Тел.: +7 499 7607933. E-mail: vasilhenko@mail.ru.

Семякин Игорь Владимирович – к.м.н., врач-уролог урологического отделения ГКБ № 50. Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21. E-mail: iceig@mail.ru.

Зеленин Дмитрий Александрович – к.м.н., врач-уролог урологического отделения ГКБ № 50. Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21. E-mail: d_zelenin@inbox.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даренков С.П. Ближайшие и отдаленные результаты уретеросигмостомии с формированием резервуара по Майнц-пауч II и Хасану / Даренков С.П., Соколов А.Е., Очархаджиев С.Б. // Урология. – 2004. – № 2. – С.7-12.
2. Переверзев А.С. Опухоли мочевого пузыря / Переверзев А.С., Петров С.Б. – Харьков, 2002. – 303 с.
3. Hautmann R.E. Urinary diversion / Hautmann R.E. [et al.] // Urology - 2007.- Vol. 69. – № 1 – P. 17-49.

УДК 616.6-006-089.5

© В.В. Стадлер, Л.В. Шаплыгин, М.О. Воздвиженский, И.П. Быковец, 2013

В.В. Стадлер¹, Л.В. Шаплыгин¹, М.О. Воздвиженский¹, И.П. Быковец² КАРДИОДЕПРЕССИВНЫЙ И ВАЗОПЛЕГИЧЕСКИЙ ТЕСТЫ – ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ В ВЫБОРЕ ВИДА АНЕСТЕЗИИ У ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

¹ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара

²ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина», г. Самара

Частота развития гипотензии при центральных нейроаксиальных блокадах, по данным различных авторов, находится в диапазоне 27-33%. Важнейшими факторами, способствующими развитию гипотензии, являются гиповолемия и недостаточность механизмов сердечно-сосудистой компенсации [3]. В качестве неблагоприятного сценария развития гемодинамических реакций рассматривается остановка сердечной деятельности, при которой успех реанимации в силу очевидных причин является незначительным [1]. Высокая опасность описанных неблагоприятных реакций делает необходимым анализ условий, способных моделировать реакцию на блок в каждом конкретном случае.

В работе дан ретроспективный анализ остановки кровообращения во время субарахноидальной блокады с помощью функциональной пробы с нитроглицерином и демонстрируется зависимость реакции кровообращения на блокаду от функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: нейроаксиальные блокады, гиповолемия, сердечно-сосудистой компенсация

V.V. Stadler, L.V. Shaplygin, M.O. Vozdvizhenskiy, I.P. Bykovets CARDIODEPRESSIVE AND VASOPLEGIC TESTS AS PROGNOSTIC MODELS FOR ANAESTHESIA CHOICE IN ONCOUROLOGIC PATIENTS

According to the data of various authors, the frequency of hypotension development during central neuraxial blocks is in the range of 27-33%. Hypovolemia and insufficiency of cardiovascular compensation mechanisms are the key factors promoting the development of hypotension. Cardiac arrest is considered to be an adverse developmental variation of hemodynamic reactions. In this respect the success of resuscitation is considered as low due to obvious reasons. High risk of described adverse reactions makes necessary the analyses of conditions that can simulate block reaction in each specific case.

The research work involves retrospective analysis of circulatory arrest during subarachnoid block by using nitroglycerin functional test and demonstrates the dependence of block circulatory reaction on cardiovascular fitness.

Key words: neuraxial blocks, hypovolemia, cardiovascular compensation.

Возможности анестезиологов в оценке действия препаратов применяемых при анестезии, остаются ограниченными. Темп, при котором происходит внедрение в практику объективных методов контроля действия анестетиков, отстает от появления новых препаратов и вариантов сбалансированной анестезии. Результаты анестезии в практике часто оцениваются не путем анализа отдельных компонентов, а на основании определения

глубины наркоза и по клинической картине. Известная доля шаблона ощущается при рассмотрении взглядов на проблему адекватности и сбалансированности анестезии и соответствия обезболивания выраженности операционной травмы.

Современное состояние этого вопроса свидетельствует о том, что проблема оценки адекватности и коррекции гемодинамики при анестезии еще далека от окончательного ре-