

60см³. В случае выявления стриктуры уретры (в качестве причины задержки мочеиспускания) необходимо выполнение внутренней уретротомии, а при рецидивном течении заболевания целесообразно завершить операцию установкой уретрального стента.

Сведения об авторах статьи:

Мартов А.Г. – д.м.н., профессор, зав. отделением ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1. E-mail: martovalex@mail.ru.

Абдуллаев Д.А. – врач-уролог, аспирант кафедры эндоурологии ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1.

Андронов А.С. – врач-уролог ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51.

Джалилов Д.О. – врач-уролог, аспирант кафедры эндоурологии ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1. E-mail: endourology@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Рак предстательной железы // Клиническая онкоурология (под ред. Б.П. Матвеева). – М.: «АБВ-пресс», 2011. – С. 495-561.
2. Костин, А.А. Факторы прогноза осложнений брахитерапии при комплексном лечении рака предстательной железы / А.А. Костин, А.В. Сёмин, А.Д. Каприн, А.Д. Цыбульский // Андрология и генитальная хирургия. – 2010. – №2. – С. 33-38.
3. Мартов, А.Г., Гущин, Б.Л. Роль трансуретральной резекции в устранении инфравезикальной обструкции, вызванной раком предстательной железы // Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. – 1999. – С. 232-233.
4. Мартов, А.Г., Сивков, А.В., Ощепков, В.Н. Эндоскопические методы лечения обструктивных осложнений брахитерапии. – М., 2010. – Второй Российский конгресс по эндоурологии и новым технологиям. – С. 63-64.
5. Brandeis JM, Litwin MS, Burnison CM, Reiter RE. Quality of life outcomes after brachytherapy for early stage prostate cancer. J Urol. 2000;163:851-857.
6. Stone N., Stock R., Unger P. Long term biochemical and local control following real-time 1-125 brachytherapy for localized prostate cancer // Eur Urol Suppl. – 2003. – Vol. 2. – N 1. – P. 134.
7. Wehle M.J., Scott W. L. et al. Prediction of Genitourinary Tract Morbidity After Brachytherapy for Prostate Adenocarcinoma // Mayo Clin Proc, March 2004, Vol 79.
8. Stone N.N., Stock R.G. Complications Following Permanent Prostate Brachytherapy // Eur Urol. – 2002. – Vol. 41. – P. 427 – 433.

УДК 616.62-003.7-089.879-089.166.5

© И.П. Матюхов, Н.А. Григорьев, 2013

И.П. Матюхов, Н.А. Григорьев

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ ПРИ ЧРЕСКОЖНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Используя разработанное нами устройство для изменения положения больного на операционном столе при чрескожной нефролитотрипсии, хирург, отталкиваясь от полученных при обследовании данных, может придать больному наиболее выгодное положение, для последующего выполнения максимально эффективного оперативного пособия. Устройство позволяет существенно облегчить работу оператора на этапе формирования чрескожного доступа у пациентов с избыточной массой тела, имеющих особенности конституционального строения могущих приводить к возникновению затруднений на этапе формирования доступа. В нашем исследовании приняли участие 12 пациентов. На спине прооперированно 5 пациентов, 7 пациентов прооперированно в положении на животе. Всем наблюдаемым выполнялось чрескожное пособие с использованием надувной подушки для чрескожной нефролитотрипсии.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, чрескожная нефролитотрипсия, формирование доступа

I.P. Matyukhov, N.A. Grigoryev

DEVICE FOR CHANGING PATIENT'S POSITION ON THE OPERATING TABLE IN PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY

Using the developed device for changing patient's position on the operating table during PCNL the surgeon guided by the observational studies data can position the patient the most advantageous way in order to make the subsequent surgical approach as efficient as possible. The device provides significant facilitation of surgeon's performance at the stage of creating the percutaneous access in stout patients who have constitutional features potentially hampering the creation of the access. 12 patients participated in our study, 5 of them underwent surgery in the supine position whereas the remaining 7 - in the prone position. The percutaneous surgery in all cases was performed using inflatable air cushion for percutaneous nephrolithotomy.

Key words: urolithiasis, percutaneous nephrolithotomy, creation of access

Известно, что при выборе направления нефростомического канала и точки пункции на этапе доступа при чрескожной нефролитотрипсии (ЧНЛТ), всегда учитываются особенности скелетотопии, анатомии чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки, количества, локализации и характеристик конкре-

ментов [2]. Правильно выбранное направление нефростомического канала, позволяет эффективно осуществить дезинтеграцию конкрементов и их фрагментов с наименьшим риском возникновения интраоперационных осложнений [1,3].

С целью создания максимально удобного положения больного на операционном столе при чрескожном пособии, позволяющего повысить эффективность ЧНЛТ, нами в клиническую практику внедрено устройство – «Надувная подушка для чрескожной нефролитотрипсии». Получен патент на полезную модель №118853, устройство зарегистрировано в Государственном реестре полезных моделей Российской Федерации 10.08.2012г.

Материал и методы. В нашем исследовании приняли участие 12 пациентов. Всем

наблюдаемым выполнялось чрескожное пособие с использованием надувной подушки для ЧНЛТ. На спине прооперированно 5 пациентов, 7 пациентов прооперированно в положении на животе. Устройство для изменения положения больного на операционном столе при ЧНЛТ представляет собой резиновый баллон в виде полусферы (рис.1), снабженный шлангом с насосом для нагнетания воздуха и клапаном для стравливания воздуха из баллона, концы баллона соединяются между собой резиновым ремнем.

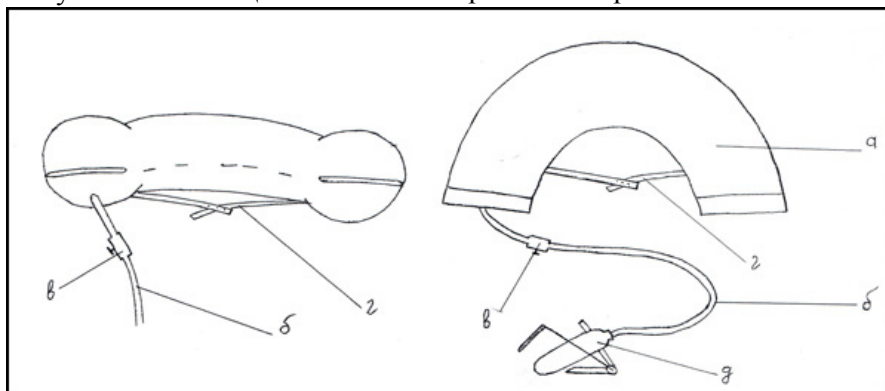


Рис. 1. Схема устройства для изменения положения больного на операционном столе

Результаты. При положении больного на животе во время чрескожного пособия с целью снижения подвижности почки, создания более комфортных условий для осуществления пункции и последующей работы оператора, подушка располагается относительно операционного стола поперечно (рис. 2).



Рис. 2. Расположение устройства при осуществлении ЧНЛТ в положении пациентки на животе

В четырех наблюдениях пункции верхней и средней групп чашечек препятствовало 12 ребро. По причине чего, для осуществления пункции запланированной ранее чашечки, хирургу приходилось осуществлять пункцию под более острым углом. При этом известно, что чем острее угол доступа, тем длиннее нефростомический ход, а чем дальше так называемая точка опоры от кожи (место, где нефроскоп входит в почку), тем менее маневренным в ЧЛС при ЧНЛТ будет дистальный конец эндоскопа. Все это значимо усложняет интраоперационные манипуляции инструмен-

том, делая ее более сложной и менее эффективной [2].

Кроме этого, при неправильном выборе пунктируемой чашечки – ось пункционного канала оказывается расположенной под острым углом к камню и его удаление или невозможно, либо требует форсированных наклонов нефроскопа, чреватых риском повреждений [1].

С целью создания наиболее благоприятных условий для осуществления пункции ЧЛС мы использовали наше устройство. Располагаясь поперечно относительно операционного стола, на уровне мечевидного отростка грудины и 11, 12 ребер подушка создавала дополнительное давление, на нижние отделы грудной клетки и диафрагму.

Почка в таком положении смещалась несколько книзу, что существенно облегчало ультразвуковое наведение на этапе пунктирования ЧЛС уже в обход «мешающим» ребрам, не меняя при этом угла пункции.

В одном наблюдении по причине узкого промежутка между гребнем подвздошной кости и 12 ребром пункции нижней группы чашечек препятствовал гребень подвздошной кости, а ультразвуковое и рентгенологическое наведение были затруднены по причине незавершенной ротации левой почки.

Пациентке С. 54 года, 24.01.2.12 по поводу камня размером 24×16×29мм выполнена ЧНЛТ слева. Пункционный доступ был чрез-

При обследовании выявлен конкремент в лоханке правой почки размерами 8,3×18,2×13,3 мм. В положении на спине 06.12.2011 г. выполнена операция чрескожная нефролитотрипсия справа (рис. 6). Баллон надувной подушки для ЧНЛТ располагался под правой поясничной областью, продольно относительно операционного стола. С помощью насоса произведен подъем поясничной области пациентки кверху, что позволило существенно увеличить запас пространства между столом поясничной областью. Произведена пункция чашечно-лоханочной системы справа через нижнюю переднюю чашечку, конкремент дезинтегрирован полностью. Послеоперационный период протекал гладко.

Выводы. Таким образом, отталкиваясь от полученных при обследовании данных относительно особенностей строения чашечно-лоханочной системы, размеров и расположения конкрементов, используя подушку для ЧНЛТ, оперирующий врач может придать

больному наиболее выгодное положение на операционном столе, для последующего выполнения максимально эффективного оперативного пособия. Устройство позволяет существенно облегчить работу оператора на этапе формирования чрескожного доступа у пациентов с избыточной массой тела, имеющих особенности конституционального строения могущих приводить к возникновению затруднений на этапе формирования доступа. Немаловажным является и то, что при возникновении необходимости оперирующий врач, используя устройства, имеет возможность контролировать положения больного на операционном столе во время оперативного вмешательства. Предлагаемое нами устройство является практичным и универсальным, по причине малых и компактных размеров, удобства использования и возможного его применения при различных положениях больного на операционном столе.

Сведения об авторах статьи:

Григорьев Н.А. – д.м.н., профессор, зав. отделом онкологии НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

Матюхов И.П. – аспирант кафедры урологии ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М., Руденко В.И. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и лечения // Врачебное сословие. – 2004. – №4. – С. 4-9.
2. Anatomical Variation Between the Prone, Supine, and Supine Oblique Positions on Computed Tomography: Implications for Percutaneous Nephrolithotomy Access / B. Duty, [et al.] // Arthur Smith Institute for Urology, North Shore–Long Island Jewish Health System, New Hyde Park, NY 2011 // Int. J. urology. – 2011.06.19. – P. 67-71.
3. Percutaneous renal access: tips and tricks. / Marcovich R, Smith AD. // BJU Int. 2005 Mar; 95 Suppl 2. – P. 78 – 84.
4. Complete percutaneous nephrolithotripsy comparison with the prone standard technique. / Falahatkar S, M [et al.] // J Endourol 2008 Nov; 22 (11) 2513-7.

УДК 616.62-003.7-07-09

© О.В. Основин, В.М. Попков, Б.И. Блюмберг, Д.Н. Хотько, А.И. Тарасенко, 2013

О.В. Основин, В.М. Попков, Б.И. Блюмберг, Д.Н. Хотько, А.И. Тарасенко РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКОНДУКТИВНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ НА АППАРАТЕ «SONOLITH I-SYS» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ УРОЛИТИАЗОМ

*ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов*

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия занимает одно из ключевых мест в лечении мочекаменной болезни и остается актуальной проблемой в урологии. В статье обобщен опыт лечения 964 пациентов с конкрементами мочевыводящих путей различной локализации с использованием стационарного экстракорпорального ударно-волнового литотриптера нового поколения, модель «Sonolith I-sys» фирмы ЭДАП-TMS. Описаны преимущества электрокондуктивной литотрипсии, показаны результаты и эффективность данного метода лечения.

Ключевые слова: дистанционная ударно-волновая литотрипсия, электрокондуктивность, мочекаменная болезнь.

O.V. Osnovin, V.M. Popkov, B.I. Blyumberg, D.N. Khotko, A.I. Tarasenko THE RESULTS OF ELECTROCONDUCTIVE EXTRACORPORAL SHOCKWAVE LITHOTRIPSY BY SONOLITH I-SYS DEVICE IN TREATMENT OF PATIENTS WITH UROLITHIASIS

Extracorporeal shock wave lithotripsy is one of the key points in the treatment of urolithiasis and remains an urgent problem in urology. This article summarizes the experience of treating 964 patients with urinary calculi of various localization using extracor-