

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

мочекаменной болезни, аденомы предстательной железы и других заболеваний почек и мочевыводящих путей с применением современных малотравматичных технологий для жителей всех субъектов Российской Федерации

Университетская клиника СПбГУ, ФГБУ «Санкт - Петербургский многопрофильный центр» Минздрава России, 2015



**Северо-Западный центр эндоурологии и литотрипсии (СЗЦЭЛТ),**  
основан в 2011 году

- **Мочекаменная болезнь**
- **Аденома предстательной железы**
- **и другие заболевания почек и мочевыводящих путей**



## ОСНОВНАЯ ИДЕОЛОГИЯ

**суперспециализация** с целью сосредоточения в одном клиническом подразделении всех **современных возможностей медицины** в области эндоурологии для **достижения наилучших результатов** лечения.



СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ЦЕНТР  
ЭНДОУРОЛОГИИ И  
ЛИТОТРИПСИИ

# Стремление к лучшим результатам

• Все хирурги, выполняющие сложные эндоурологические операции, одновременно занимаются научно-исследовательской работой в указанном направлении

• Ежегодно в СЗЦЭЛТ выполняется более 700 эндоурологических хирургических вмешательств

doi:10.26907/2542-0121.2016.01.0101010101  
ISSN 2542-0121  
URL: [www.urologyjournal.com](http://www.urologyjournal.com)

## ORIGINAL PAPER

### Urologists versus radiologists made PCNL tracts: the UK experience

Mathewson E. Adam<sup>1</sup>, M. Tharick<sup>2</sup>, Brian Dwyer<sup>1</sup>, Amar Ramani<sup>1</sup>, Colin Macfie<sup>1</sup>, Doug O'Shea<sup>1</sup>, Trevor Hughes<sup>1</sup>

Received: 01 May 2015 / Accepted: 20 October 2015 / Published online: 17 October 2015  
© Springer Science+Business Media Dordrecht 2015

**Abstract** We aim to explore the practice of who makes the PCNL tract in the UK and Northern Ireland as well as presenting our data for two different approaches to PCNL: tract(s) by urologist(s) and a urologist and radiologist working together. We reviewed the National Health Service (NHS) data on urology for the National Health Service (NHS) for patients who were referred to the Central Scotland Urology Centre for PCNL. We analysed 476 (42) of the responses obtained a retrospective analysis of 1454 PCNL cases were carried out in Central Scotland (NHS) with 362 (81.2%) patients who were referred to the urology department (UD) with no urology (18.8%) who had the urologist approach team to set access with radiologist team. Patient access requests for a ERCP by group 1 and were in Group II. The overall case rate per site for ERCP and MRCP by group I and II, respectively. There is a clear concentration rate in Group I ( $p < 0.0001$ ). This increase is likely to be attributed to the complexity of the cases in this group. However, analysis using proportional test is not as well established by a team approach with urologist is made for most complex cases.

**Keywords** Percutaneous nephrolithotomy • Urologists • Radiologists • Shared care pathway

M. E. Adam · M. Tharick · B. Dwyer · A. Ramani · C. Macfie · D. O'Shea · T. Hughes

M. E. Adam  
M. Tharick  
B. Dwyer  
A. Ramani  
C. Macfie  
D. O'Shea  
T. Hughes

## ORIGINAL PAPER

### Supine versus prone position in percutaneous nephrolithotomy for kidney calculi: a meta-analysis

Peng Li<sup>1</sup>, Wang Kangli<sup>2</sup>, Wang

Received: 23 February 2015 / Accepted: 12 June 2015 / Published online: 16 July 2015  
© Springer Science+Business Media, B.V. 2015

**Abstract** Objective: Supine position and prone position have been used in percutaneous nephrolithotomy (PCNL). However, there is still an controversy on the optimal position for PCNL. This meta-analysis was performed to compare Prone, Erect, and S/D. Methods: A systematic literature search was performed using PubMed, Embase, Cochrane and other databases and analysed by using RevMan 5.3 software. Results: This comparative analysis involving 399 patients and 463 (79%) cases of PCNL. Results: The prone position and S/D had similar rates of stone free rates and complication rates compared with prone position. However, prone position were identified. With reference to complication, there were no significant differences between prone position. There was no significant difference in terms of operative time, renal function, or postoperative pain. Conclusion: In this meta-analysis, the prone position and S/D had similar rates of stone free rates and complication rates compared with prone position. However, prone position were identified. With reference to complication, there were no significant differences between prone position. There was no significant difference in terms of operative time, renal function, or postoperative pain.

**Keywords** Kidney calculi • Metanalysis • Percutaneous nephrolithotomy • Prone position • Supine position

**Introduction** With the introduction of new technologies in urology, the indications to open surgery for urolithiasis have been decreased considerably. Minimal invasive treatment is accepted for urolithiasis increasingly promptly and in urolithiasis patients including mild and mild-to-moderate.

Following the first description of percutaneous renal access with a patient in the prone position by the

urologist and radiologist team.

Patients who were referred to the urology department (UD) with no urology (18.8%) who had the urologist approach team to set access with radiologist team.

There is a clear concentration rate in Group I ( $p < 0.0001$ ). This increase is likely to be attributed to the complexity of the cases in this group. However, analysis using proportional test is not as well established by a team approach with urologist is made for most complex cases.

There was no significant difference in terms of operative time, renal function, or postoperative pain. Conclusion: In this meta-analysis, the prone position and S/D had similar rates of stone free rates and complication rates compared with prone position. However, prone position were identified. With reference to complication, there were no significant differences between prone position. There was no significant difference in terms of operative time, renal function, or postoperative pain.

Word Count: 1716 (91%)  
DOI: 10.1007/s12078-015-0161-6

## ORIGINAL ARTICLE

### Nephrostomy in percutaneous nephrolithotomy (PCNL): does nephrostomy tube size matter? Results from The Global PCNL Study from The Clinical Research Office Endourology Society

Liang Guozhen, Chuan Pengrong, Chuanmei Sun, Minghui Ren, Shaoxin Zhou, Xiaoyun Chen, Changqing Li, Qiang Zhang, Jia-hua Liu

Received: 07 August 2015 / Accepted: 29 October 2015 / Published online: 17 October 2015  
© Springer Science+Business Media Dordrecht 2015

**Abstract** Purpose To explore the relationship between nephrostomy tube (NT) size and outcomes of percutaneous nephrolithotomy (PCNL). Methods The Clinical Research Office of Endourology Society Global PCNL Prospective Cohort Study Data have been retrospectively analysed to identify and quantify factors associated with PCNL success, with a particular emphasis on the impact of NT size. Results Patients who received a 1.8 NT had a significantly higher success rate of 71.6% compared to 65.9% in the 2.0 NT group. There was no significant difference in terms of stone free rate, mean hospitalization, or the need for postoperative analgesia.

**Keywords** Percutaneous nephrolithotomy • Urologists • Radiologists • Shared care pathway

M. E. Adam · M. Tharick · B. Dwyer · A. Ramani · C. Macfie · D. O'Shea · T. Hughes

M. E. Adam  
M. Tharick  
B. Dwyer  
A. Ramani  
C. Macfie  
D. O'Shea  
T. Hughes

M. E. Adam  
M. Tharick  
B. Dwyer  
A. Ramani  
C. Macfie  
D. O'Shea  
T. Hughes

## ORIGINAL PAPER

### Minimal-invasive PCNL (Mini-PCNL) mative oder Ersatz konventionelle PCNL?

Mathewson E. Adam<sup>1</sup>, M. Tharick<sup>2</sup>, Brian Dwyer<sup>1</sup>, Amar Ramani<sup>1</sup>, Colin Macfie<sup>1</sup>, Doug O'Shea<sup>1</sup>, Trevor Hughes<sup>1</sup>

Received: 01 May 2015 / Accepted: 20 October 2015 / Published online: 17 October 2015  
© Springer Science+Business Media Dordrecht 2015

**Abstract** The objective of this study is to assess the efficacy of minimal-invasive PCNL (Mini-PCNL) compared to conventional PCNL. Methods The Clinical Research Office of Endourology Society Global PCNL Prospective Cohort Study Data were retrospectively analysed to identify and quantify factors associated with Mini-PCNL success, with a particular emphasis on the impact of NT size. Results Patients who received a 1.8 NT had a significantly higher success rate of 71.6% compared to 65.9% in the 2.0 NT group. There was no significant difference in terms of stone free rate, mean hospitalization, or the need for postoperative analgesia.

**Keywords** Percutaneous nephrolithotomy • Urologists • Radiologists • Shared care pathway

M. E. Adam · M. Tharick · B. Dwyer · A. Ramani · C. Macfie · D. O'Shea · T. Hughes

M. E. Adam  
M. Tharick  
B. Dwyer  
A. Ramani  
C. Macfie  
D. O'Shea  
T. Hughes

M. E. Adam  
M. Tharick  
B. Dwyer  
A. Ramani  
C. Macfie  
D. O'Shea  
T. Hughes

M. E. Adam  
M. Tharick  
B. Dwyer  
A. Ramani  
C. Macfie  
D. O'Shea  
T. Hughes

period of 46 participating centres worldwide. This report includes the 2004 participants who completed 2,074 patients. Preoperative, surgical procedure and outcome data were collected retrospectively via an online patient data registry system, stratified into 100 participating centres. Results The Global PCNL Prospective Cohort Study Data have been retrospectively analysed to identify and quantify factors associated with PCNL success, with a particular emphasis on the impact of NT size. Results Patients who received a 1.8 NT had a significantly higher success rate of 71.6% compared to 65.9% in the 2.0 NT group. There was no significant difference in terms of stone free rate, mean hospitalization, or the need for postoperative analgesia.

**Keywords** Percutaneous nephrolithotomy • Urologists • Radiologists • Shared care pathway

M. E. Adam · M. Tharick · B. Dwyer · A. Ramani · C. Macfie · D. O'Shea · T. Hughes

M. E. Adam  
M. Tharick  
B. Dwyer  
A. Ramani  
C. Macfie  
D. O'Shea  
T. Hughes

M. E. Adam  
M. Tharick  
B. Dwyer  
A. Ramani  
C. Macfie  
D. O'Shea  
T. Hughes

## ORIGINAL PAPER

### Prospective randomized comparison between superior calyceal access versus inferior calyceal access in PCNL for inferior calyceal stones with or without pelvis stones

Mathewson E. Adam<sup>1</sup>, M. Tharick<sup>2</sup>, Brian Dwyer<sup>1</sup>, Amar Ramani<sup>1</sup>, Colin Macfie<sup>1</sup>, Doug O'Shea<sup>1</sup>, Trevor Hughes<sup>1</sup>

Received: 01 May 2015 / Accepted: 20 October 2015 / Published online: 17 October 2015  
© Springer Science+Business Media Dordrecht 2015

**Abstract** Purpose To explore the relationship between superior calyceal access versus inferior calyceal access in PCNL for inferior calyceal stones with or without pelvis stones. Methods The Clinical Research Office of Endourology Society Global PCNL Prospective Cohort Study Data were retrospectively analysed to identify and quantify factors associated with PCNL success, with a particular emphasis on the impact of NT size. Results Patients who received a 1.8 NT had a significantly higher success rate of 71.6% compared to 65.9% in the 2.0 NT group. There was no significant difference in terms of stone free rate, mean hospitalization, or the need for postoperative analgesia.

**Keywords** Percutaneous nephrolithotomy • Urologists • Radiologists • Shared care pathway

M. E. Adam · M. Tharick · B. Dwyer · A. Ramani · C. Macfie · D. O'Shea · T. Hughes

M. E. Adam  
M. Tharick  
B. Dwyer  
A. Ramani  
C. Macfie  
D. O'Shea  
T. Hughes

M. E. Adam  
M. Tharick  
B. Dwyer  
A. Ramani  
C. Macfie  
D. O'Shea  
T. Hughes

M. E. Adam  
M. Tharick  
B. Dwyer  
A. Ramani  
C. Macfie  
D. O'Shea  
T. Hughes

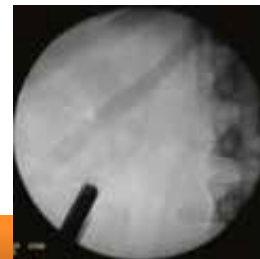
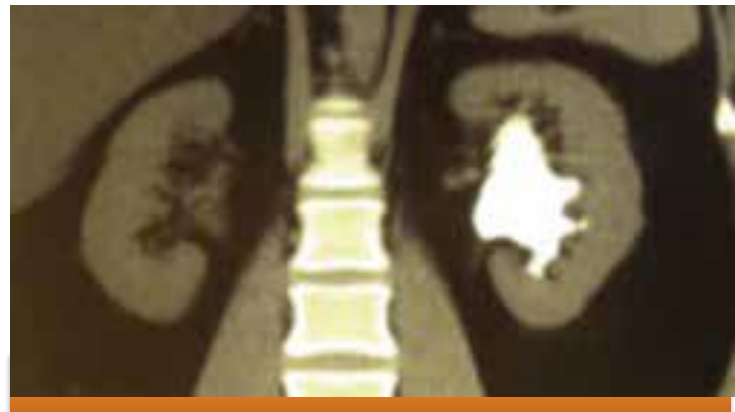


- ✓ На сегодняшний день практически **нет** **места открытым операциям** в лечении мочекаменной болезни и доброкачественной гиперплазии (аденомы) предстательной железы.

Проблема почечной колики (камня мочеточника) может быть решена в режиме однодневной госпитализации с выходом на работу через 2 дня.

# Преимущества эндоскопии:

- ✓ Современные технологии позволяют из прокола в 1 см удалить из почки камень размером до 7 см.
- ✓ Без повреждения кожных покровов можно избавить пациента от аденомы простаты размером более 150 см<sup>3</sup> и камней мочевого пузыря.



## Преимущества эндоскопии:

- минимальная травматизация тканей и органов пациента;
- высокая эффективность – есть полный визуальный контроль операции;
- снижение риска осложнений;
- резкое снижение продолжительности пребывания в больнице;
- быстрая реабилитация;
- косметический эффект.



# Доступность эндоурологических технологий в РФ

- ✓ Эндоурологические технологии в большинстве региональных клиник РФ находятся в зачаточном состоянии
- ✓ Продолжают повсеместно выполняться открытые операции по поводу камней почки и мочеточников, аденомы простаты и др.





# Доступность эндоурологических технологий в РФ

- ✓ Полноценное внедрение малоинвазивного подхода в клиническую практику на сегодняшний день просто невозможно.
- ✓ **Пример:**  
Оборудование есть в наличии, но его эффективное и безопасное применение невозможно из-за дефицита расходных материалов, по организационным причинам или просто из-за отсутствия у персонала необходимых знаний.



# Наиболее часто применяемые технологии (число операций в год)

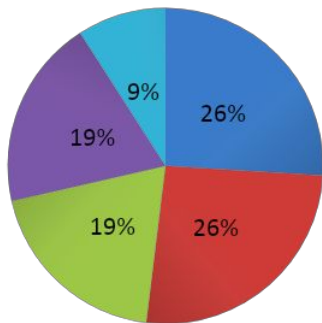
**СЗЦЭЛТ** располагает всеми существующими в мире эндоурологическими технологиями с доказанной эффективностью

- трансуретральная уретеролитотрипсия и нефролитотрипсия полуригидными и гибкими уретеропиелоскопами (**более 200 в год**)
- перкутанная нефролитотрипсия (**более 150 в год**)
- миниперкутанная (**более 70 в год**)
- внутреннее стентирование мочеточника (**более 200 в год**)



Операции

■ КЛТ РИРС ■ СТЕНТ ■ ТУР ПЖ и МП ■ ПЕРК ■ МИНИ



- биполярная плазмокинетическая резекция, вапоризация и энуклеация при аденоме предстательной железы и новообразованиях мочевого пузыря (**более 150 в год**)
- нефролитотрипсия (дробление камней почки) с применением гибкого нефроскопа
- ретроградное и антеградное удаление новообразований верхних мочевых путей
- внутренняя оптическая уретротомия при непротяженных сужениях мочеиспускательного канала

# Оснащение центра

## Оборудование (более 30 наименований), среди них:

- цифровая рентгеновская С-дуга Philips Endura
- ультразвуковой аппарат Philips HD-7XE с интервенционными функциями
- наркозный аппарат Draeger Fabius с возможностью применения севофлурана
- эндоурологические стойки Storz и Olympus
- лазерный литотриптер Wolf MegaPulse и др.



## Расходные материалы (более 70 наименований), среди них:

- проводники с ПТФЭ и гидрофильным покрытием COOK Roadrunner, COOK Biwire, RUSCH, Coloplast
- мочеточниковые кожухи COOK Flexor
- кожухи и бужи Амплатца для перкутанных операций на почке
- внутренние мочеточниковые стенты Urotech, COOK, Biotech
- корзины экстракторы фрагментов камней COOK, SMET и многое др.



# Диагностика

✓ Огромное значение в организации эффективного и безопасного лечения больных с применением эндоурологических технологий играет точная и оперативная диагностика

В распоряжении специалистов СЗЦЭЛТ есть полный спектр технологий: два спиральных компьютерных томографа, экспертные и мобильные аппараты УЗИ, экспресс - лабораторная диагностика.



# Оснащение

- ✓ Для осуществления **полноценной работы** в эндоурологии требуются значительные ресурсы.
- ✓ Причем большая часть из них должна быть доступна постоянно! **Почему это важно?**



Нередко отсутствие специального приспособления (например, гидрофильной струны) может очень сильно осложнить ситуацию, а порой сделать операцию просто невыполнимой.

# Готовность к эффективной борьбе с осложнениями

- ✓ Даже в самых профессиональных руках и на лучшем оборудовании хирургия невозможна без осложнений.
- ✓ Один из главных показателей класса лечебного учреждения – это его готовность эффективно с ними бороться и побеждать.



# Готовность к эффективной борьбе с осложнениями

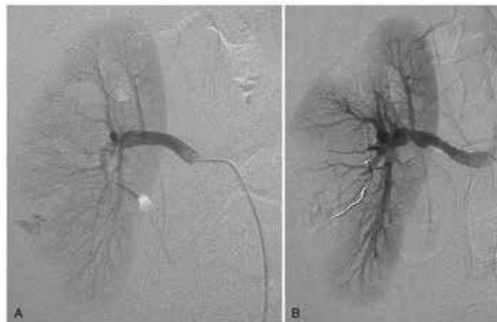
- ✓ Анестезиологическая и реанимационная служба Центра оснащена по последнему слову техники.
- ✓ Врачи и средний медперсонал готовы к лечению самых «тяжелых» пациентов с применением практически всех существующих в мире технологий.



Клиническая база СЗЦЕЛТ – «Санкт-Петербургский Многопрофильный Центр» – крупная федеральная клиника, в которой ежегодно выполняется более 11000 операций в год.

# Готовность к эффективной борьбе с осложнениями

- ✓ В ФГБУ «СПМЦ» Минздрава России имеется мощная кардиохирургическая служба, способная в круглосуточном режиме выполнить эндоваскулярное или открытое пособие при неотложных состояниях.
- ✓ Эффективная борьба с кровотечениями возможна с применением самого эффективного и малотравматичного способа – эндоваскулярной сосудистой эмболизации – **ангиограф доступен круглосуточно.**





# Организация лечения в Северо-Западном центре эндоурологии и литотрипсии

- ✓ Госпитальной базой Северо-Западного центра эндоурологии и литотрипсии является **Университетская клиника СПбГУ, ФГБУ «СПМЦ» Минздрава России** (Бывш. ФГУ СПКК "НМХЦ им. Н.И.Пирогова«)
- ✓ Оказание помощи гражданам РФ в рамках Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению.





**Шкарупа Дмитрий Дмитриевич,**

врач-уролог, доктор медицинских наук, заместитель директора ФГБУ «СПМЦ»  
Минздрава России по организации медицинской помощи.

**[shkarupa.dmitry@mail.ru](mailto:shkarupa.dmitry@mail.ru)**

Телефон ассистента врача:

**+7 (911) 816-18-50**

Интернет-сайт СЗЦЭЛТ: **[www.uroportal.ru](http://www.uroportal.ru)**

# Организация лечения в Северо-Западном центре эндоурологии и литотрипсии

Организация госпитализации с целью хирургического лечения осуществляется по принципу «**одного окна**».

**Написать письмо по электронной почте на ЛЮБОЙ из следующих адресов с формулировкой своего вопроса** (тема письма: «лечение в урологическом отделении»):

**6762525@gosmed.ru**

(Единая информационная служба ФГБУ “СПМЦ” Минздрава России)

**shkarupa.dmitry@mail.ru**

(руководитель СЗЦПП, д.м.н. Шкарупа Д.Д.)



**ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ**

На сегодняшний день в нашей клинике Вы можете рассчитывать на высокие показатели качества лечения и при этом получить помощь **бесплатно – в рамках ОМС.**

**Единый справочный телефон  
ФГБУ “СПМЦ” Минздрава России:**

**8 (800) 25-03-03-2 (бесплатно по всей России)**

**8 (812) 676-25-25**

**Интернет-сайт ФГБУ “СПМЦ” Минздрава**

**России: [www.gosmed.ru](http://www.gosmed.ru)**

**[www.uroportal.ru](http://www.uroportal.ru)**

