

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:10.26907/2542-4522.2018.04.001
doi:10.26907/2542-4522.2018.04.001

Urologists versus radiologists made PCNL tracts: the UK experience

Matthew J. Ahear, M Thomas,
Brian Duggan, Suman Khatun, Colin MacLennan,
Douglas Cleave, Trevor Hargreaves

Received: 04 May 2018; Accepted: 20 October 2018; Published online: 11 October 2018
© Springer-Verlag GmbH 2018

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 tracts in Northern Ireland. A national questionnaire survey was carried out from the National Health Service (NHS) across all urology units in Northern Ireland. The survey targeted all urologists and radiologists who had performed at least 10 PCNL cases in the last 12 months. The survey returned 407 (42%) of the responses, obtained a multi-centre, multi-site (11) data set. We found that the majority of urologists (71%) made the tract for the majority of their cases, while 29% were made by radiologists. The overall rate for urologists to make the tract was 47% (95% CI 41–53) and for radiologists 53% (95% CI 47–59). The practice of who makes the tract was found to be different in the majority of the units in Northern Ireland. However, analysis using permutation tests did not indicate that a major approach with radiologists is used for most urologists. **Keywords:** Percutaneous nephrolithotomy (PCNL), lithotripsy, Shock wave lithotripsy

M. J. Ahear, M. Thomas, B. Duggan, S. Khatun, C. MacLennan, D. Cleave, T. Hargreaves
M. J. Ahear (✉)
Urology, Belfast Health Trust,
Rm 4.01,
Raffles Place,
Belfast, BT9 6BN,
Northern Ireland,
UK
e-mail: m.ahear@bhfhs.uk

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

Peng Li, Wang, Kangjie Wang

Received: 23 February 2018; Accepted: 12 June 2018; Published online: 16 July 2018
© Springer International Media, B.V. 2018

Abstract Supine position and prone position have been used for percutaneous nephrolithotomy (PCNL). However, there is still an consensus on the optimal position for PCNL.

Keywords: Kidney calculi, Metastrobryl, Percutaneous nephrolithotomy, Prone position, Supine position

Introduction With the introduction of new technologies in urology, the indications for open surgery for urolithiasis have been decreased considerably. Minimal invasive treatment is accepted to be becoming increasingly popular due to its relatively painless, minimally painful and self-limiting.

Following the first description of percutaneous renal access with a patient in the prone position in 1976 [1].

The routine management of renal stones has evolved around the open 23 years with the introduction of a number of minimally-invasive techniques. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the most commonly used minimally-invasive technique for the treatment of renal stones. The most commonly used approach for PCNL is the supine position [2].

Introduction The routine management of renal stones has evolved around the open 23 years with the introduction of a number of minimally-invasive techniques. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the most commonly used minimally-invasive technique for the treatment of renal stones. The most commonly used approach for PCNL is the supine position [2].

Keywords: Percutaneous nephrolithotomy (PCNL), lithotripsy, Shock wave lithotripsy

Introduction With the introduction of new technologies in urology, the indications for open surgery for urolithiasis have been decreased considerably. Minimal invasive treatment is accepted to be becoming increasingly popular due to its relatively painless, minimally painful and self-limiting.

Following the first description of percutaneous renal access with a patient in the prone position in 1976 [1].

Introduction The routine management of renal stones has evolved around the open 23 years with the introduction of a number of minimally-invasive techniques. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the most commonly used minimally-invasive technique for the treatment of renal stones. The most commonly used approach for PCNL is the supine position [2].

Keywords: Percutaneous nephrolithotomy (PCNL), lithotripsy, Shock wave lithotripsy

Introduction With the introduction of new technologies in urology, the indications for open surgery for urolithiasis have been decreased considerably. Minimal invasive treatment is accepted to be becoming increasingly popular due to its relatively painless, minimally painful and self-limiting.

Following the first description of percutaneous renal access with a patient in the prone position in 1976 [1].

Minimal-invasive PCNL (Mini-PCNL)

mativ oder Ersatz konventionelle PCNL?

Received: 23 February 2018; Accepted: 12 June 2018; Published online: 16 July 2018
© Springer International Media, B.V. 2018

Abstract Supine position and prone position have been used for percutaneous nephrolithotomy (PCNL). However, there is still an consensus on the optimal position for PCNL.

Keywords: Kidney calculi, Metastrobryl, Percutaneous nephrolithotomy, Prone position, Supine position

Introduction With the introduction of new technologies in urology, the indications for open surgery for urolithiasis have been decreased considerably. Minimal invasive treatment is accepted to be becoming increasingly popular due to its relatively painless, minimally painful and self-limiting.

Following the first description of percutaneous renal access with a patient in the prone position in 1976 [1].

The routine management of renal stones has evolved around the open 23 years with the introduction of a number of minimally-invasive techniques. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the most commonly used minimally-invasive technique for the treatment of renal stones. The most commonly used approach for PCNL is the supine position [2].

doi:10.26907/2542-4522.2018.04.001
doi:10.26907/2542-4522.2018.04.001

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

Luigi Cosentino, Chuan Pengrong, Chuanxin Sun, Shih-Hsin Parkash, Shuohua Zhou, Shihua Wu, Yuchuan Gao, Joon-Ki Jeon

Received: 01 August 2017; Accepted: 02 December 2017; Published online: 11 October 2018
© Springer-Verlag GmbH 2018

Abstract To explore the relationship between nephrostomy tube (NT) size and outcome of percutaneous nephrolithotomy (PCNL). The Clinical Research Office of Endourology Society Global PCNL prospective, multicenter data from retrospective patients treated with PCNL over a 12-year period.

Keywords: Percutaneous nephrolithotomy (PCNL), lithotripsy, Shock wave lithotripsy

Introduction With the introduction of new technologies in urology, the indications for open surgery for urolithiasis have been decreased considerably. Minimal invasive treatment is accepted to be becoming increasingly popular due to its relatively painless, minimally painful and self-limiting.

Following the first description of percutaneous renal access with a patient in the prone position in 1976 [1].

The routine management of renal stones has evolved around the open 23 years with the introduction of a number of minimally-invasive techniques. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the most commonly used minimally-invasive technique for the treatment of renal stones. The most commonly used approach for PCNL is the supine position [2].

Abstract Supine position and prone position have been used for percutaneous nephrolithotomy (PCNL). However, there is still an consensus on the optimal position for PCNL.

Keywords: Kidney calculi, Metastrobryl, Percutaneous nephrolithotomy, Prone position, Supine position

Introduction With the introduction of new technologies in urology, the indications for open surgery for urolithiasis have been decreased considerably. Minimal invasive treatment is accepted to be becoming increasingly popular due to its relatively painless, minimally painful and self-limiting.

Following the first description of percutaneous renal access with a patient in the prone position in 1976 [1].

The routine management of renal stones has evolved around the open 23 years with the introduction of a number of minimally-invasive techniques. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the most commonly used minimally-invasive technique for the treatment of renal stones. The most commonly used approach for PCNL is the supine position [2].

Published online: 16 July 2018

Introduction The routine management of renal stones has evolved around the open 23 years with the introduction of a number of minimally-invasive techniques. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the most commonly used minimally-invasive technique for the treatment of renal stones. The most commonly used approach for PCNL is the supine position [2].

Keywords: Percutaneous nephrolithotomy (PCNL), lithotripsy, Shock wave lithotripsy

Introduction With the introduction of new technologies in urology, the indications for open surgery for urolithiasis have been decreased considerably. Minimal invasive treatment is accepted to be becoming increasingly popular due to its relatively painless, minimally painful and self-limiting.

Following the first description of percutaneous renal access with a patient in the prone position in 1976 [1].

The routine management of renal stones has evolved around the open 23 years with the introduction of a number of minimally-invasive techniques. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the most commonly used minimally-invasive technique for the treatment of renal stones. The most commonly used approach for PCNL is the supine position [2].

Abstract Supine position and prone position have been used for percutaneous nephrolithotomy (PCNL). However, there is still an consensus on the optimal position for PCNL.

Keywords: Kidney calculi, Metastrobryl, Percutaneous nephrolithotomy, Prone position, Supine position

Introduction With the introduction of new technologies in urology, the indications for open surgery for urolithiasis have been decreased considerably. Minimal invasive treatment is accepted to be becoming increasingly popular due to its relatively painless, minimally painful and self-limiting.

Following the first description of percutaneous renal access with a patient in the prone position in 1976 [1].

The routine management of renal stones has evolved around the open 23 years with the introduction of a number of minimally-invasive techniques. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the most commonly used minimally-invasive technique for the treatment of renal stones. The most commonly used approach for PCNL is the supine position [2].

Published online: 16 July 2018

Introduction The routine management of renal stones has evolved around the open 23 years with the introduction of a number of minimally-invasive techniques. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the most commonly used minimally-invasive technique for the treatment of renal stones. The most commonly used approach for PCNL is the supine position [2].

Keywords: Percutaneous nephrolithotomy (PCNL), lithotripsy, Shock wave lithotripsy

Introduction With the introduction of new technologies in urology, the indications for open surgery for urolithiasis have been decreased considerably. Minimal invasive treatment is accepted to be becoming increasingly popular due to its relatively painless, minimally painful and self-limiting.

Following the first description of percutaneous renal access with a patient in the prone position in 1976 [1].

The routine management of renal stones has evolved around the open 23 years with the introduction of a number of minimally-invasive techniques. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the most commonly used minimally-invasive technique for the treatment of renal stones. The most commonly used approach for PCNL is the supine position [2].

Abstract Supine position and prone position have been used for percutaneous nephrolithotomy (PCNL). However, there is still an consensus on the optimal position for PCNL.

Keywords: Kidney calculi, Metastrobryl, Percutaneous nephrolithotomy, Prone position, Supine position

Introduction With the introduction of new technologies in urology, the indications for open surgery for urolithiasis have been decreased considerably. Minimal invasive treatment is accepted to be becoming increasingly popular due to its relatively painless, minimally painful and self-limiting.

Following the first description of percutaneous renal access with a patient in the prone position in 1976 [1].

The routine management of renal stones has evolved around the open 23 years with the introduction of a number of minimally-invasive techniques. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the most commonly used minimally-invasive technique for the treatment of renal stones. The most commonly used approach for PCNL is the supine position [2].

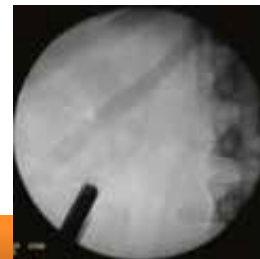
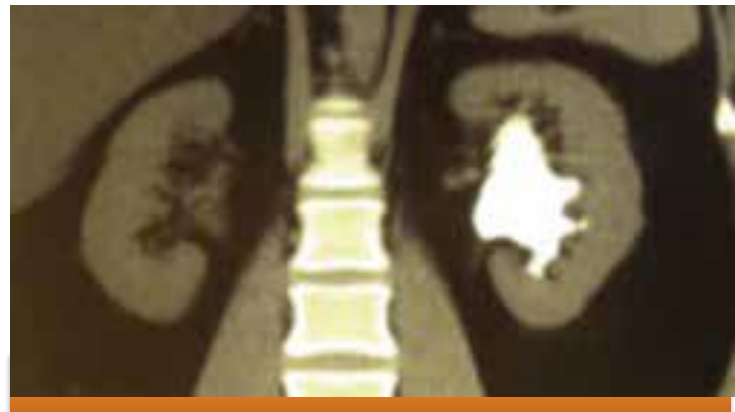
Published online: 16 July 2018

- ✓ 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 см³ 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)

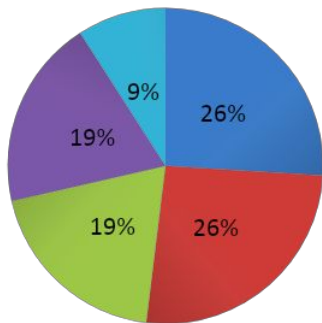
СЗЦЭЛТ располагает всеми существующими в мире эндоурологическими технологиями с доказанной эффективностью

- 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

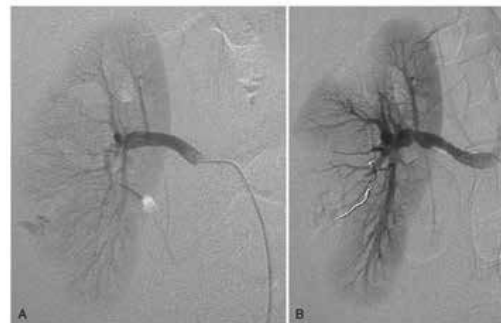
- ✓ Анестезиологическая и реанимационная служба Центра оснащена по последнему слову техники.
- ✓ Врачи и средний медперсонал готовы к лечению самых «тяжелых» пациентов с применением практически всех существующих в мире технологий.



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

Телефон ассистента врача:

+7 (911) 816-18-50

Интернет-сайт СЗЦЭЛТ: **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

www.uroportal.ru

