

# СОХРАНИТСЯ ЛИ ОТКРЫТАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ КАМНЕЙ ПОЧЕК?

МЕГЕРА В.В., ИЛЮХИН Ю.А., ПЕРЕВЕРЗЕВ А.С.

Харьковская Государственная Медицинская Академия последипломного образования (Харьков, Украина)

Областная клиническая больница святителя Иоасафа (Белгород)

Новые технологии открыли широкие перспективы малоинвазивным и необременительным подходам в лечении многих заболеваний. К числу приоритетных разработок принадлежит дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), совершившая революционный поворот в терапии камней почек. Обилие исследовательских работ самых разных направлений показали, что удача дезинтеграции почечного камня достигается при четырех необходимых условиях:

- размер камня не должен превышать 2–2,5 см;
- анатомическая сохранность проходимости мочевых путей;
- отсутствие острой инфекции;
- наличие жидкостной субстанции вокруг камня.

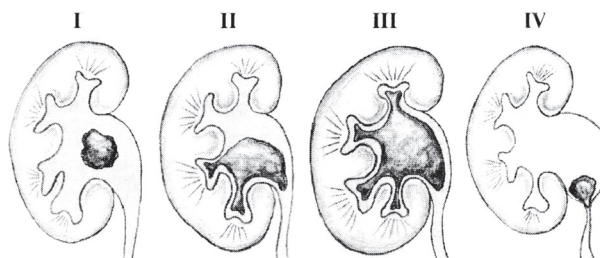
При соблюдении означенных регламентаций успех дробления камня обеспечивается у 95% пациентов. Наш опыт дает основание считать, что повышения эффективности ДУВЛ можно добиться включением сопровождающей терапии и, прежде всего, литолитического препарата «Блемарен». Анализ результатов лечения оксалатного и уратного нефролитиаза методом дистанционной литотрипсии в сочетании с литолитической терапией «Блемареном» позволил сделать вывод, что применение препарата до сеансов ДУВЛ позволяет улучшить эффект дезинтеграции камня почки при влиянии на него электрогидроударными волнами. Применение препарата после дистанционной литотрипсии способствует более быстрому освобождению мочевого тракта от фрагментов разрушенного камня и является профилактикой рецидивного камнеобразования. Препарат, благодаря своей высокой эффективности, хорошей переносимости больными и отсутствием побочных эффектов, может применяться для профилактики рецидивного камнеобразования.

При планировании вида лечения камня почки учитываются: размер, локализация, степень изменений паренхимы, активность инфекции, наличие препятствий и их выраженность ниже камня (Рис.1).

Показания к открытой операции обуславливались ограниченными возможностями ДУВЛ в эрадикации коралловидных камней, осложненными в большинстве рубцовыми изменениями региона лоханочно-мочеточникового сегмента.

Оценивая непосредственные разработки метода ДУВЛ S.Chaussy и G.Fuchs (1989) при использовании многопланового подхода отмечали, что у 5–7% больных камнями почек сохраняются показания к

открытому оперативному лечению. По мере дальнейшей разработки стало очевидным, что у 25–30% больных имеются явные противопоказания к использованию экстракорпорального разрушения камней (Ю.А.Пытель и соавт. – до 25%, О.Л. Тиктинский и В.П.Александров – 10–15%). Оценивая многолетний опыт, отметим, что открытая операция для удаления камней почек в сочетании с реконструкцией мочевых путей оказалась необходимой у 35,2% больных.



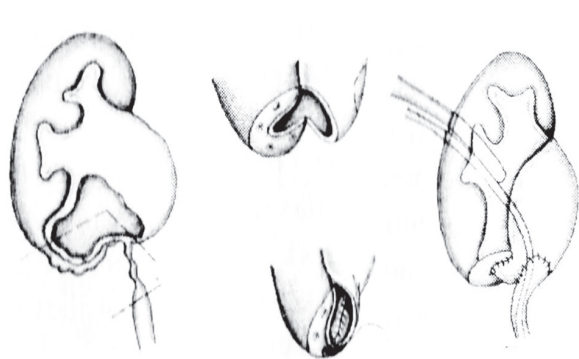
**Рис.1.** Виды лечения камней почек. I – ДУВЛ; II – перкутанная нефролитотомия; III – пиелонефролитотомия; IV – открытая операция с реконструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента.

Нередко приходится удалять ветвистые коралловидные камни с рассечением паренхимы, необходимостью пережатия почечных сосудов и создания гипотермических условий. Сложный раздел лечения ассоциирован с ликвидацией осложнений, обусловленных инфекцией. Адекватное дренирование может быть выполнено только в условиях открытого вмешательства.

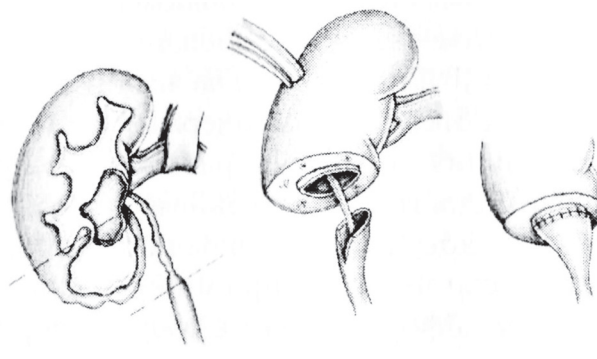
У 20–30% пациентов имеет место рецидивный нефролитиаз, при котором составной частью успешного лечения является реконструкция мочевых путей. Немногочисленные попытки чрескожной литотрипсии в своем большинстве неудачны и вынуждают прибегнуть к открытому вмешательству.

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия, как это ни парадоксально, повлекла к снижению хирургической техники и в современных условиях для выполнения сложных вмешательств на почках необходима высокая квалификация оперирующих.

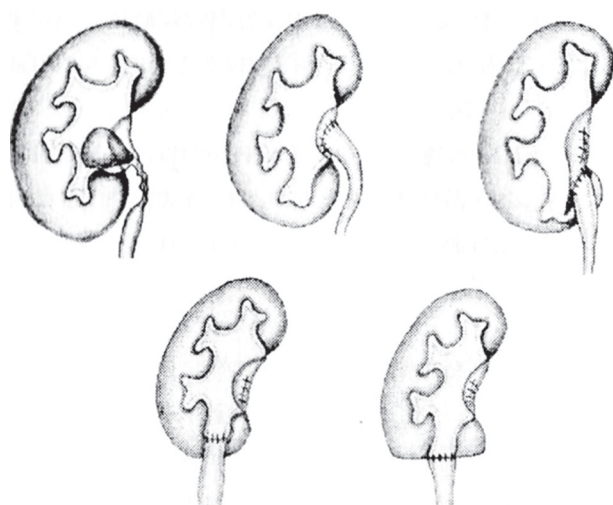
Ряд вмешательств сопряжен со сложной реконструкцией верхних мочевых путей, требующих оригинальной хирургической техники и ювелирного мастерства (Рис. 2, 3, 4, 5).



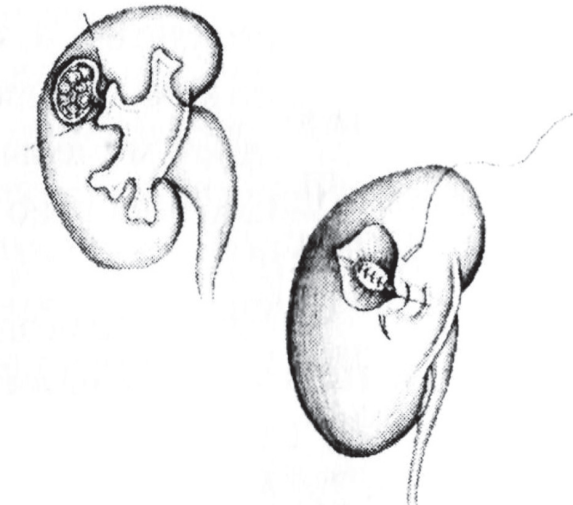
**Рис. 2.** Схема операции резекции нижнего полюса почки с истонченной паренхимой и формированием анастомоза в пределах здоровых тканей.



**Рис.3.** Резекция нижнего полюса из-за имеющегося «литогенного очага», уретеорокаликoанaстoмoз.



**Рис. 4.** Рецидивный камень во внутрпoчeчнoй лoxaнкe, сужeниe вepxнeй трeти мoчeтoчникa. Урeтeрoкaликoaнaстoмoз.



**Рис. 5.** Схема операции – резекция дивертикула, в котором содержатся множественные камни.