

Таким образом, мы считаем, что в urgentной урологии в ЦРБ, где ограничен выбор диагностических методов, экскреторная урография должна оставаться ведущим диагностическим методом. Дежурный хирург и уролог должны владеть этим несложным, но информативным методом.

Н.П. Мунгалов, А.В. Чередник

ОПЫТ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

В современной хирургии резекция любого органа, пораженного патологическим процессом, является не только радикальным, но и более распространенным органосохраняющим оперативным вмешательством. При резекции почки этому, в большей степени, способствовало внедрение в повседневную практику новых визуализирующих методов исследования (КТ, МРТ), совершенствование техники оперативных и анестезиологических пособий, а также исследования в области сосудистой хирургии. Все это привело к расширению показаний к данной операции при различных нозологических формах заболеваний почек и верхних мочевыводящих путей.

Основная тактика при проведении резекции почки заключается в создании оптимального доступа, выделении сосудистой ножки, определении границ резекции, проведении интраоперационной противошоковой защиты. После пережатия сосудистого пучка выполняют резекцию, после чего производят ушивание полостной системы почки и окончательный гемостаз. Далее края резецированной ткани сближают узловыми, П-образными или непрерывными швами, используя в качестве амортизирующих элементов фрагменты мышц или паранефральной клетчатки. Время тепловой ишемии варьирует от 30 до 50 минут. В качестве дополнительных гемостатических средств используют гемостатическую губку, тахокомб и т.д., медицинские лазерные приборы.

В нашей работе с целью создания временного гемостаза на момент проведения резекции мы использовали несколько вариантов: предварительное прошивание почечной паренхимы 4–6-кетгутowymi нитями попеременно с передней и задней поверхности почки, с последующей вставкой амортизирующих элементов из жировой или мышечной ткани и натяжением этих нитей; пальцевое сдавление паренхимы почки в зоне резекции или наложение сосудистого зажима на почечную артерию.

За период с 2005 по 2007 гг., нами было проведено 12 резекций почки при различных патологических состояниях. Средний возраст оперируемых больных составил $42 \pm 3,2$ года. Среди основных нозологических форм преобладает мочекаменная болезнь с формированием рецидивного конкремента в н/чашечке после проведенных ранее пиелолитотомий и сеансов ДУВЛ — 5 пациентов. Изолированный гидрокаликоз (синдром Fraley) встречался в 2 случаях, травма почки — в 2. В ходе реконструктивно-пластических операций по поводу стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента, обусловленной aberrантным сосудом, резекция нижнего полюса почки произведена в двух случаях — технически невозможно было произвести транспозицию, а при пережатии aberrантного сосуда возникла стойкая ишемия нижнего сегмента. При почечно-клеточном раке в стадии T1a и локализацией в нижнем сегменте почки резекция выполнена в одном случае. Последующий ежеквартальный послеоперационный мониторинг рецидива не выявил. Интраоперационная кровопотеря составила от 150 до 200 мл. Пережатие сосудистой ножки применяли в пяти случаях, протекающих в дальнейшем без осложнений.

Среди послеоперационных осложнений следует отметить один случай кровотечения на 11 сутки после резекции почки у пациента с закрытой травмой Grade 4. Данное осложнение, которое мы связываем с развитием ишемии в зоне резекции, было ликвидировано консервативными методами. Возникновения мочевых фистул и других осложнений мы не наблюдали.

Таким образом, применение резекции почки в лечении многих урологических заболеваний является перспективным и функционально обоснованным методом, позволяющим добиться благоприятных отдаленных результатов.