

стичного нейтрального для тканей организма материала. Для этого сначала проводят конец крючка фиксатора через отверстие в центре прокладки, под акромион подводят нижнюю часть прокладки и конец крючка, а верхнюю часть прокладки размещают на верхней поверхности конца ключицы. При вправлении ключицы прижимают крючком нижнюю часть прокладки к акромиону, а пластиной фиксатора верхнюю часть прокладки к ключице. После вправления ключицы и прикрепления к ней пластины фиксатора конец крючка фиксирует нижнюю часть прокладки к акромиону, а пластина фиксатора удерживает верхнюю часть прокладки на ключице. Края прокладки дополнительно прикрепляют к окружающим мягким тканям нитью из длительно рассасывающегося материала. Прокладка исключает непосредственный контакт суставных поверхностей ключицы и акромиального отростка лопатки. Размещение между дистальным концом ключицы и суставной поверхностью акромиона прокладки из эластичного нейтрального для тканей организма материала, способствует спонтанному формированию в тканях вокруг прокладки изолирующей капсулы. При последующем хирургическом удалении металлического фиксатора извлекают и временную прокладку из синтетической плёнки. Образовавшаяся оболочка капсулы может выполнять функцию синовиальной оболочки сустава и способ-

ствовать восстановлению объёма движений ключицы.

Известно, что в норме в акромиально – ключичном суставе возможны движения ключицы вперёд, назад, вверх и вниз [Л.П. Николаев, 1947]. Таким образом, изобретённый способ расширяет возможности выбора метода лечения больных с вывихами акромиального конца ключицы и, предупреждая образование грубых фиброзных сращений между суставными поверхностями ключицы и акромиального отростка лопатки, создаёт условия для сохранения функции сустава.

### **ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КАМНЯ(ЕЙ) В ПОЧЕЧНОЙ ЧАШЕЧКЕ**

**М.А. Узденов, А.О. Гюсан**

*РГ ЛПУ «Карачаево-Черкесская  
республиканская клиническая  
больница»  
Черкесск, Россия*

**Введение.** До настоящего времени нет единого мнения о причинах камнеобразования и методах лечения как коралловидных, так и камней почечных чашечек. Тактика лечения больных при этих заболеваниях различна и включает удаление камней методами дистанционной литотрипсии (ДЛТ), чрезкожной нефролитотрипсии (ЧКНЛТ), открытых операций через разрез лоханки или паренхиму поч-

ки, каликопиелокаликотомию или резекцию почки. Однако результаты лечения таких больных неудовлетворительны. Рецидивы после удаления коралловидного камня достигают 75 – 80% . По мнению В.Г. Казиминова и С.В. Бутрина, 2001; Ю.А. Аляева и соавт., 2007, рецидив нефролитиаза в чашечке во многом зависит от необратимых изменений, возникающих в сосочково – чашечковой зоне при различных заболеваниях почки. Своевременно не сделанная резекция почки ведет к ее потере. Однако не следует забывать, что успех оперативного лечения зависит не только от правильно обоснованных показаний к операции, но во многом, от техники ее выполнения.

**Цель исследования, - улучшение результатов оперативного лечения больных мочекаменной болезнью с локализацией камня (ей) в почечной чашечке.**

В своей работе мы уделили большое внимание различным аспектам техники резекции почки.

Нами усовершенствована методика операции резекции почки. Которая заключается в следующем: фиброзную капсулу почки остро разрезаем от ворот вниз, по медиальному ребру почки, вокруг сегмента и по латеральному краю так, чтобы передний и задний листки капсулы можно было отделить от подлежащей паренхимы (несколько выше предполагаемой линии резекции). Для выполнения гемостаза, перед резекцией нижнего сегмента, при помощи

круглой и тонкой иглы длиной 40 мм. проводятся две лигатуры хромированного кетгута 000. Вкол со стороны синуса почки, несколько ниже нижней поверхности лоханки; выкол на латеральном ребре почки с таким расчетом, чтобы лигатуры проходили по предполагаемой линии резекции почки. Одну из лигатур туго завязываем на передней поверхности почки, другую на задней поверхности; после этого отступая от лигатур ниже на 0,5 см., выполняется плоскостная резекция нижнего сегмента почки. Значимого кровотечения не бывает. При этом создаются, наряду с обеспечением гемостаза, хорошие условия для свободной ревизии фасных чашечек, чего не бывает при других методах гемостаза. После удаления камня (ей) из чашечки, удаляется (при наличии) камень (и) лоханки. Удаляется фиброзно-измененная ткань с соответствующей части лоханки в области синуса и лоханочно-мочеточникового сегмента, нарушающая их нормальную перистальтику. Мы придаем большое значение этой манипуляции, возможной только при резекции почки, и часто сразу после удаления ее видим восстановление хорошей перистальтики лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента. При резекции нижнего сегмента почки, важно четкое удаление нижней чашечки, чтобы дно лоханки стало плоским и, не осталась часть чашечки, где возможен застой мочи и рецидив камня. Сохраненная фиброзная капсула почки, после закрытия чашечно – лоханоч-

ной системы, возвращается на свое место, прикрывая область резекции, и, фиксируется узловыми кетгутowymi швами.

Для предотвращения опущения почки и перегиба мочеточника, после полного выделения почки при ее резекции, выполняем нефропексию по разработанной нами оригинальной методике.

Таким образом, усовершенствованная нами методика резекции почки имеет ряд существенных преимуществ:

1. Достигается надежный гемостаз даже без кратковременного прерывания магистрального кровотока почки, что является профилактикой серьезных осложнений связанных с нормотермической ишемией почки.

2. Почка не травмируется сдавливанием между пальцами или пелотом, как при некоторых других методах гемостаза (малая травматичность оперативной методики).

3. Создаются хорошие условия для ревизии чашечно – лоханочной системы почки (ЧЛС), появляются хорошие возможности для более точного закрытия (ЧЛС), что уменьшает вероятность развития мочевого фистулы, инфекции и артериальной гипертензии.

4. Ткань почки удаляется рационально, не оставляется ишемическая ткань.

5. Нефропексия при помощи лоскута из рубцово - измененной паранефральной клетчатки является простым по исполнению, физиологичным, малотравматичным и достаточно эффективным.

После выполнения 29 резекций почки по вышеописанной методике, такие осложнения как вторичное кровотечение, отсроченная нефрэктомия, формирование мочевого свища не наблюдались. Летальных исходов не было. У одного пациента, через год после резекции нижнего сегмента почки наступил рецидив камня лоханки. Активная фаза хронического пиелонефрита в послеоперационном периоде имело место у трех пациентов. У них, в результате проведения антибактериальной терапии, достигнута ремиссия.

**Заключение.** Применение усовершенствованной методики резекции почки, позволило значительно повысить эффективность лечения больных мочекаменной болезнью с локализацией камня (ей) в почечной чашечке.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ФЕТАЛЬНО-АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА**

**Т.А. Хасянова**

*ДГКБ №13 им Филатова  
Химки, Московская обл., Россия*

Фетально-алкогольный синдром (ФАС) не смотря на 30-летнюю историю изучения представляет актуальную проблему в педиатрии, так как в значительной степени нарушает психомоторное и физическое развитие детей. Впервые комплекс аномалий у детей, внутриутробно подвергшихся воздействию больших доз алкоголя, описал