

# ОЦЕНИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВА И РИСКИ

*У моей мамы мочекаменная болезнь. На компьютерной томограмме выявили конкремент левой почечной лоханки размером 17x7x11 мм, плотностью 1500 единиц, овальной формы с неровными контурами на отдельных участках. По анализам – присутствие крови в моче.*

*Маме 68 лет. Нам предлагают ДЛТ (дистанционную ударно-волновую литотрипсию). Говорят, может понадобиться от 1 до 3 сеансов. Очень не хотелось бы оперироваться. Вопрос: является ли ДЛТ в нашем случае приоритетным?*

**Адрес: Новиковой Татьяне Александровне, 442963 Пензенская обл., г. Заречный, пр-т 30-летия Победы, д. 29, кв. 34.**

## ЛОЖНАЯ ЭЙФОРΙΑ

Приблизительно еще 15-20 лет назад метод ДЛТ (дистанционное дробление камней с помощью лазера) был одним из самых популярных в концепции хирургического лечения мочекаменной болезни. Особенно привлекательным казалось то, что операция выполнялась без разрезов, без проколов и с минимумом потенциальных осложнений. Появлялись «амбулаторные» литотриптеры (аппараты для дробления камней), не требующие даже общего обезболивания. В связи с легкой переносимостью (а в некоторых ситуациях не требующую даже общего обезболивания) дистанционно-волновую литотрипсию вывели из списка хирургических операций. Эйфория достигла серьезных масштабов: создавалось впечатление, что проблема лечения мочекаменной болезни решена.

## НЕДОСТАТКИ МЕТОДИКИ

Но все оказалось не столь радужно. С накоплением опыта, который исчислялся тысячами прове-

денных дроблений, стали проявляться недостатки методики. Выяснилось, что данная манипуляция может осложняться кровотечениями, крупными гематомами, обострениями пиелонефрита и почечными коликами.

Стало очевидно, что для крупных (более 15-20 мм), а также коралловидных конкрементов методика ДЛТ вообще не подходит – ведь фокусное пятно (участок максимального давления ударной волны) литотриптеров старых моделей составляло около 12 мм, а на современных версиях и вовсе (для повышения эффективности) уменьшилось до 6 мм. Учитывая определенный лимит ударных волн, обработать большой камень за один сеанс просто не представлялось возможным. Крупные фрагменты камня могли попасть в мочеточник, что также требовало повторных дроблений. В результате возрастал риск инфекционно-воспалительных осложнений, а для восстановления оттока мочи нередко приходилось устанавливать дренажи.

Следующим неприятным открытием стало то, что метод ДЛТ малоэффективен при локализации камней в нижней трети мочеточника, особенно в его узких участках с небольшим (или полным отсутствием) количеством мочи вокруг конкремента.

К тому же метод ДЛТ оказался далеко не столь безобидным. Нередко после сеансов дробления камней в почке возникали гематомы и кровотечения. Кроме того, некоторые операции, осложнившиеся кровотечением из почки, заканчивались вынужденным удалением органа ввиду неэффективности иных гемостатических (кровоостанавливающих) мер. Постепенно методика ДЛТ была не рекомендована к применению в амбулаторной практике, а в клинической практике существенно ограничили сферы ее применения.

## ДОСТОЙНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА

Одновременно набирали обороты малоинвазивные эндоскопические методы удаления камней, эффективность которых превосходила ДЛТ. Речь идет о мини-ЧНЛТ (миниатюрная чрескожная нефролитотрипсия) и РИРХ (ретроградная интратренальная хирургия). Обе методики позволяли избавиться больного от камня практически любого размера за одну манипуляцию.

Обе методики работают с помощью введения специального трубочек минимального диаметра (эндоскопов) в почку. Первая методика (мини-ЧНЛТ) предполагает удаление

камня по каналу диаметром 3-5 мм, сформированному через прокол в поясничной области. Вторая (РИРХ) вообще не требует дополнительных проколов. Гибкий уретропиелоскоп (эндоскоп, диаметр которого не превышает 2,5-3 мм) вводится через мочеиспускательный канал и по мочеточнику проходит вплоть до чашечно-лоханочной системы с расположенным в ней камнем. Конкремент разбивается при помощи лазера, его фрагменты или песок либо отмываются, либо эвакуируются при помощи специальных приспособлений. Обе методики позволяют добиться максимального уровня излечения почки от камней.

Сегодня мини-ЧНЛТ и РИРХ постепенно вытесняют дистанционную ударно-волновую литотрипсию. А потому при камне до 2 см в диаметре, плотностью 1500 единиц, как у вашей мамы, методика ДЛТ, скорее всего, не окажется приоритетной. Возможно, предпочтение будет отдано мини-ЧНЛТ. Для более обоснованного выбора вашей маме необходимо выполнить рентгеновское исследование с контрастированием верхних мочевых путей (мочеточники и чашечно-лоханочные системы). И, учитывая возраст больной, предварительно необходимо взвесить операционно-анестезиологические риски, так как оба исследования, как правило, требуют общего обезболивания.

**Михаил ЕНИКЕЕВ,**  
профессор,  
заведующий вторым  
урологическим  
отделением  
Клиники урологии  
Первого МГМУ  
им. Сеченова.