

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕФРОПТОЗА

Г.С. Чернецова, М.У. Гафуров

Проведен анализ ранних и отдаленных результатов оперативного лечения нефроптоза. Представлен материал, подтверждающий сохранение физиологической подвижности почки и восстановление ее нормальной продольной оси после нефропексии мышечным лоскутом.

Ключевые слова: патологически подвижная почка; оперативное лечение – нефропексия; результаты.

Введение. Нефроптоз является довольно распространенным заболеванием среди работоспособного населения. По различным статистическим данным, частота нефроптоза среди женщин в период расцвета трудовой деятельности, т.е. в возрасте 20–40 лет составляет 15 41,5 %, у мужчин – 1–5 %.

Преимущественное распространение патологической подвижности почек у женщин указывает на конституциональную и физиологическую особенность женского организма, а также слабость фиксирующего аппарата почки [1–8]. Причинными факторами являются: повторные роды, быстрое похудение, острая и хроническая травмы, резкая смена внутрибрюшинного давления после больших операций органов брюшной полости. Следует указать также и на предшествующие инфекционные заболевания, которые снижают активность мезенхимы, приводят к тяжелым изменениям в связочном аппарате почки.

Методы и методы. Клиническая картина нефроптоза находится в прямой зависимости от стадии заболевания и сопутствующих осложнений. Это многосимптомное заболевание, при котором на первый план выступают болевой синдром, вегетоневроз и диспепсические явления. Все указанные признаки болезни нарушают тру-

доспособность больных, а иногда приводят даже к инвалидности.

По нашим данным, больные с нефроптозом составили 6,3 % ко всем урологическим больным, поступившим в стационар и 18,5 % – по отношению к пациентам с патологией почек. Начиная с 1999 и по 2010 г. под нашим наблюдением находилось 257 больных нефроптозом. Первую группу составили 83 человека с первой степенью, у которых отмечались незначительные изменения со стороны анализов мочи, заболевание характеризовалось наличием болевого синдрома. Таким больным мы рекомендовали диспансерное наблюдение, лечебную физкультуру, массаж живота, соблюдение трудового режима и антибактериальное лечение.

Вторую группу составили 156 человек, преимущественно со второй степенью нефроптоза, в третью группу включили 18 больных с осложненным нефроптозом.

Обсуждение. На сегодняшний день четко определены показания к оперативному лечению нефроптоза:

- объективно доказанная патологическая подвижность почки;
- боли, лишающие или ограничивающие трудоспособность больного;

- рецидивирующий пиелонефрит, не поддающийся консервативной терапии;
- вазоренальная (обычно ортостатическая) артериальная гипертензия;
- почечная венозная гипертензия с форникальным кровотоком;
- гидронефротическая трансформация;
- нефролитиаз.

В настоящее время применяется лапароскопическая нефропексия – малоинвазивный, безопасный и эффективный метод лечения для симптоматических больных с нефроптозом или в результате неэффективности консервативного метода. Лапароскопическая нефропексия нами не применялась.

Цель операции – фиксация почки в ее физиологическом положении, что способствует нормализации ее гемо- и уродинамики. Результаты хирургического лечения зависят от способа нефропексии.

Из 257 пациентов оперативное лечение произведено 194 больным (206 операций). Возраст оперированных – от 18 до 55 лет. Среди них женщин – 95,1 % и 4,9 % мужчин. Наиболее часто заболевание отмечено у пациентов в возрасте от 20 до 40 лет – 80,1 %, в возрасте от 41 до 56 лет – 19,9 %. Правосторонний нефроптоз выявлен у 145, левосторонний – у 37 и двусторонний – у 12 больных.

При поступлении в больницу у всех собирали подробный анамнез. При этом обращали внимание на условия жизни больного, род занятий, количество родов у женщин, перенесенные травмы, наличие спланхноптоза и длительность заболевания. Уточняли перенесенные заболевания, в частности: радикулит, гипертония, холецистит, гастрит, колит, аппендицит, так как за этими диагнозами нередко скрывается нефроптоз.

Из 194 оперированных больных 27,3 % лечились с различными расстройствами со стороны нервной системы (радикулит, невралгия, вегетососудистая дистония и др.). Нарушения функции желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей отмечены у 28,8 %. Это обстоятельство привело к тому, что большинство из больных длительное время находилось на стационарном или амбулаторном лечении в терапевтических, хирургических, а иногда и неврологических отделениях и лечились не от основного заболевания. Многим из них ранее произведена аппендэктомия, холецистэктомия.

При нефроптозе в основном имеются уродинамические и гемодинамические нарушения, появление которых способствует возникнове-

нию пиелонефрита, камней почек, гидронефротической трансформации и нефрогенной гипертонии. Нами были выявлены такие осложнения как пиелонефрит – у 163 человек, камень почки – у 11, гидронефротическая трансформация – у 71, в основном при фиксированном нефроптозе. Артериальная гипертензия различной степени имела место у 87 и тотальная гематурия – у 57 человек. Из 194 оперированных по поводу нефроптоза отдаленные результаты в срок от года до 3 лет прослежены у 115 человек. Из них оперировано по методу Rivgir в модификации Пытеля–Лопаткина – 21, супракапсулярная нефропексия в модификации клиники произведена: нефропексия по Горашу – 19, по методу С.П. Федорова – 110 больным.

При изучении отдаленных результатов нефропексии обращали особое внимание на жалобы больных, результаты лабораторных исследований мочи, на пробу Нечипоренко, анализ крови, почечно-печеночные тесты, УЗИ и экскреторную урографию в положении лежа и стоя.

- При оценке отдаленные результаты считали:
- хорошими, когда имелась нормальная анатомическая высота стояния почки, отсутствие перегибов мочеточника и осевых поворотов, нормальные показатели артериального давления, крови, мочи, почечно-печеночных тестов, восстановление трудоспособности;
 - удовлетворительными, когда имелась нормальная высота расположения почки, ее хорошая функция, но периодически беспокоят боли в пояснице, имеются жалобы на нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта и нервной системы.
 - неудовлетворительными, если возникал рецидив заболевания.

Следует отметить, что удовлетворительные результаты наблюдались у 44 больных, оперированных по поводу осложненных форм нефроптоза. Из них у 36 имели место периодические боли в области поясницы и лейкоцитурия.

У большинства больных до операции (42 чел., или 5%) отмечались изменения со стороны нервной системы: головная боль, головокружение, быстрая утомляемость, раздражительность, плохой сон. В отдаленные сроки наблюдений вышеуказанные жалобы сохранились у 27 (3,7%) больных. В процессе наблюдения после операции у четырех пациентов исходы лечения были неудовлетворительными, у них наступил рецидив (по методу Гораша – у 3, по методу С.П. Федорова – у 1).

Из числа хороших отдаленных результатов 67 молодых женщин без каких-либо осложнений

благополучно родоразрешились, а повторные роды были еще у 46 женщин.

Нами рассматривались вопросы трудоспособности больных, страдавших нефроптозом, после оперативного метода лечения.

Патологически опущенная почка в той или иной степени влечет за собой нарушение трудоспособности человека. Степень потери трудоспособности зависит от продолжительности заболевания, характера выполняемой работы, состояния верхних мочевых путей, сопутствующих заболеваний и осложнений. Поэтому при определении нарушения трудоспособности больных нефроптозом необходимо подходить сугубо индивидуально. Все 194 пациента, которые до операции выполняли различную работу, через полтора-два месяца после нефропексии, приступили к труду. В отдаленные сроки после операции все они трудоспособны.

Анализ непосредственных и отдаленных результатов операции свидетельствует о надежной фиксации почек. Нефропексия мышечным лоскутом сохраняет физиологическую подвиж-

ность почки, восстанавливает ее нормальную продольную ось. Оперированные больные должны находиться на постоянном диспансерном наблюдении у урологов.

Литература

1. *Лопаткин Н.А., Шабад А.Л.* Урологические заболевания почек у женщин. М.: Медицина, 1985.
2. *Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г.* Детская урология: руководство. М.: Медицина, 1986.
3. *Лопаткин Н.А., Шевцов И.П.* Оперативная урология. Л.: Медицина, 1986.
4. *Лопаткин Н.А., Люльков А.В.* Аномалии мочеполовой системы. Киев: Здоровье, 1987.
5. *Лопаткин Н.А.* Урология. М.: Медицина, 1992.
6. *Лопаткин Н.А.* Руководство по урологии. Т. 2. М.: Медицина. 1998.
7. Урология: учебное пособие / Г.С. Чернецова, А.Г. Пугачев, А.Ч. Усупбаев, О.Н. Чернецов. Бишкек, 2009.
8. *Чернецова Г.С.* Клиника, диагностика и оперативное лечение нефроптоза; методические рекомендации. Бишкек, 2011.