

НЕФРОПТОЗ: НОВЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ

Полутин В.Б.¹, Мешков С.В.², Варламова Е.Н.², Ивановичева А.В.², Максимов С.Ю.³, Журкина О.В.³

NEPHROPTOSIS: NEW WAYS OF OPEN TREATMENT WITH THE USE OF POLYPROPYLENE NET

POLUTIN V.B., MESHKOV S.V., VARLAMOVA E.N., IVANOVICHEVA A.V., MAKSIMOV S.JU., JURKINA O.V.

¹ГБУЗ «Самарский областной клинический госпиталь ветеранов войн» (начальник – профессор О.Г.Яковлев); ²ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина (главный врач – Д.Н.Купцов); ³ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ (ректор – академик РАН, профессор Г.П.Котельников).

Патологическая подвижность почки (нефроптоз) приводит к развитию в пораженном органе ряда осложнений (гематурия, артериальная гипертензия, пиелонефрит, мочекаменная болезнь, туберкулез). Лечение данного заболевания оперативное. В работе представлены результаты собственных эндохирургических методов нефропексии.

Ключевые слова: нефроптоз, эндохирургический метод, нефропексия.

Kidney pathological mobility (nephroptosis) can lead to several different complications in the striking organ such as (hematuria, hypertension, pyelonephritis, urolithiasis, tuberculosis). The way of treatment that is used in this case is surgical. The results of proper endosurgery methods of nephropexy are presented in this article.

Key words: *nephroptosis, endosurgery method, nephropexy.*

Введение. Нефроптоз – состояние патологической подвижности почки, превышающее её физиологическую подвижность в покое и при перемене положения тела человека. Эта урологическая патология, охватывающая практически все возрастные группы, является причиной потери трудоспособности, развития осложнений в виде хронического пиелонефрита, вторичной артериальной гипертензии, и мочекаменной болезни. По статистическим данным, нефроптоз встречается у 1,54% женщин и 0,12% мужчин [1]. Противоречивость критериев физиологической и пато-

логической подвижности почки, определяющих показания к оперативному лечению, сохраняется до настоящего времени. Это свидетельствует об актуальности изучения данной патологии. Лечение, ее – сложная и не всегда успешно решаемая проблема. Не осложнённый нефроптоз первой степени обычно лечится консервативно, осложнённый нефроптоз третьей и четвёртой степени подлежит оперативному лечению с фиксацией почки и сохранением ее физиологической подвижности. В настоящее время известно более 300 методов нефропексии. Однако все они имеют серьезные недостатки: травматичность операции, развитие послеоперационных осложнений, необходимость длительного постельного режима, увеличение сроков реабилитационного периода.

Цель работы – разработать новые эффективные патентоспособные методы фиксации почки при нефроптозе.

Материал и методы исследования. Нами был проведён анализ результатов диагностики, хирургического и эндоскопического лечения больных с нефроптозом за период с 1987 по 2009 годы (n = 143), что составляет 1,8% от общего числа больных (n = 7932), урологического и эндохирургического отделения ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина» (табл. 1).

Показатели, приведенные в таблице 1 свидетельствуют о том, что нефроптоз характерен для людей 1-го зрелого возраста, причем средних достоверно преобладали женщины (95,79% и 4,21%). Наряду с нефроптозом у всех пациентов были выявлены сопутствующие заболевания, как его осложнения (табл. 2).

Наиболее частым осложнением нефроптоза был хронический пиелонефрит (n = 81 или 56,6%).

Анализ клинического материала показывает, что нефроптоз проявляется большим набором синдромов, среди которых наиболее часто диагностировался болевой (95,6%), вегетоастенический (40,7%) и гипертензивный (27,5%).

Таблица 1.

Общая характеристика больных и их распределение по возрасту и полу

Возраст	Мужчины	Проценты	Женщины	Проценты	Всего
	Количество	%	Количество	%	Количество
До 29 лет	6	4,21	75	52,44	81
30-39 лет	-	-	62	43,35	62
Итого:	6	4,21	137	95,79	143

Таблица 2.

Сопутствующие заболевания у больных с нефроптозом

Сопутствующие заболевания	Количество	Проценты
Хронический пиелонефрит	81	56,64
Гидронефроз	28	19,58
Мочекаменная болезнь	6	4,19
Симптоматическая гипертония	28	19,58
ИТОГО:	143	100

Реализация хирургического метода нефропсии [2].

Под общим обезболиванием с применением миорелаксантов, после предварительной обработки операционного поля производится пупочный разрез до 1,5 см. Вводится игла Вереша, создаётся пневмоперитонеум. Через лапароскоп осматривается брюшная полость, затем через дополнительный разрез в правом подреберье устанавливается дополнительный троакар. Производится нефролиз и освобождается поясничная мышца. Введённая полоска полипропиленовой сетки (ППС) фиксируется 3-4 небиodeградирующими (пролен 3/0) швами к ее передней поверхности. Почка переводится в физиологическое положение. При необходимости производится коррекция патологической ротации. Полоска ППС подводится под нижний полюс почки и 2-3 (пролен 3/0) швами фиксируется к передней поверхности фиброзной капсулы почки.

Таким образом, почка оказывается в полипропиленовой «гамачке». Длительность операции составляет 40-60 минут. После операции больные находились в стационаре 7-ми дней. Послеоперационных осложнений не было.

Реализация эндоскопического метода нефропексии [3]. После лапароскопии под нижний полюс почки подводится полоска ППС.

Проводится коррекция возможной патологической ротации почки. Полоска ППС фиксируется 2-3 небиodeградирующими швами (пролен 3/0) к передней поверхности фиброзной капсулы почки. Затем в паравертебральной области на уровне L1 производится разрез кожи и подкожножировой клетчатки. Через троакар свободный фрагмент ППС выводится через поясничную мышцу и фиксировался в ране к подкожножировой клетчатке. В брюшной полости производится перитонизация почки, а кожная рана в паравертебральной области ушивается. Почка оказывалась в полипропиленовой «гамачке», аналогичном естественному «гамачку» селезенки, образованному желудочно-селезеночной, желудочнотолстокишечной связками. Длительность операции 60-65 минут, кровопотеря минимальная (50,0-100,0 мл).

Лапароскопическая нефропексия позволяет при необходимости усилить или ослабить фиксацию почки. Это повышает надежность операции, предотвращает развитие рецидива нефроптоза, и предупреждает обострение пиелонефритов любой этиологии.

Результаты исследования и их обсуждение. Хирургическая нефропексия выполнена у 42-х больных. Отдаленные результаты (сроки наблюдения от 12-ти до 35-ти месяцев) хорошие: рецидивов нефроптоза и обострения хронического

пиелонефрита не было у 41-го больного. Только у 1-го больного возникла необходимость операции после рецидива нефроптоза. Лапароскопическая нефропексия, выполнена и у 4-х пациентов с нефроптозом и пиелонефритом туберкулезной этиологии. После оперативного вмешательства и противотуберкулезной терапии все 4-е пациента были сняты с диспансерного наблюдения в связи с излечением. О хороших ближайших и отдаленных результатах лапароскопической нефропексии (n = 157) сообщается в работе [4]. Авторы так же использовали ППС, но фиксировали ее к верхнему полюсу почки и брюшной стенке или к поясничной мышце. В работе [5] приводятся данные о лапароскопических нефропексиях (n=28) с хорошими отдаленными (срок наблюдения 3-и года) результатами. Таким образом, разработанные нами хирургический и лапароскопический методы нефропексий имеют существенные преимущества перед аналогичными методами, применяемыми в настоящее время. Их отличает малая операционная травматичность, техническая простота выполнения, надежность, точность фиксации почки и возможность ее коррекции, быстрая социальная и трудовая реабилитация пациентов. Большой опыт (более 13-ти лет) применения собственных методов нефропексий и их эффективность позволяет рекомендовать их к широкому использованию в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лопаткин Н.А. Нефроптоз / *Руководство по клинической хирургии* // М. Медицина, 1998, с. 320 – 339.
2. Lopatkin N.A. Nephroptoz / *Rukovodstvo po klinicheskoy chirurgii* / M. Medizina, 1998, s. 320 –

339.

3. Мешков С.В., Полутин В.Б. / Патент РФ №2226988 от 06.03.2002 г. Meshkov S.V., Polutin V.B. / *Patent RU N2226988* от 06.03.2002 г.

4. Мешков С.В., Полутин В.Б., Галилей М.В., Журкина О.В. / Патент РФ №2411916 от 07.05.2011 г. Meshkov S.V., Polutin V.B., Galilej M.V., Jurkina O.V. / *Patent RU N2411916*.

5. Абоян И.А. Эндоскопическая нефропексия / И.А. Абоян, С.В. Грачев // *Урология и нефрология*, 2004, №2, с. 47 – 50.

6. Abojan J.A. Endoscopicheskaja nefropeksija / J.A. Abojan, S.V. Grachev // *Jrologija i nefrologija*, 2004, N2, s. 47 – 50.

7. Давыдов Б.В. Сравнительные ближайшие результаты открытой и лапароскопической нефропексии при симптоматическом нефроптозе / Б.В. Давыдов, В.Е. Крапивин и др. // *Эндоскопическая хир.*, 2000, №2, с. 29 – 30. Davidov B.V. Sravnitelni blijuajchie rezultati otkrjitoj i laparoscopicheskoy nefropeksii pri simptomaticheskoy nefroptoze / B.V. Davidov, V.E. Krapivin i dr // *Endoscopicheskaj chir.*, 2000, N2, s. 29 – 30.

Авторская справка:

Полутин Владимир Борисович – врач-уролог высшей квалификации ГБУЗ «Самарский областной клинический госпиталь ветеранов войн», 443066, Самара, ул. Антонова-Овсеенко, д. 83, кв. 104, т. 8 917 159 98 45.

Мешков Сергей Викторович – к.м.н., врач-уролог ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», т. 8 846 956 55 60.

Варламова Елена Николаевна – врач-уролог ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», т. 8 846 955 09 088.