

УДК 616.61-089.87

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКОЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НЕФРЭКТОМИИ

Т.Ж. Абдихаликов, Г.С. Чернецова, И.В. Колесниченко

Рассмотрены вопросы реабилитации и диспансеризации пациентов с единственной оставшейся почкой после односторонней нефрэктомии.

Ключевые слова: нефрэктомия; реабилитация; диспансеризация.

Введение. Вопросы медицинской реабилитации больных после нефрэктомии, направленные на улучшение качества жизни пациентов, остаются актуальными в связи с частичной потерей или полной утратой функции единственной оставшейся почки [1–3]. Это обстоятельство вынуждает анализировать клиничко-лабораторные, лучевые и рентгенологические методики исследования, производить оценку функционального состояния единственной почки, а также определять прогностические критерии функционирующего органа [4, 5].

Неисследованные аспекты проблемы реабилитации и диспансеризации больных после перенесенной нефрэктомии легли в основу исследования, в котором оценивались клиничко-функциональное состояние пациентов с единственной оставшейся почкой вследствие почечно-каменной болезни и стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента. Также были разработаны принципы диспансеризации больных после нефрэктомии.

Материал и методы исследования. Клиническим материалом наблюдений явились данные обследования и лечения 123 больных с единственной почкой после нефрэктомии по поводу почечно-каменной болезни и стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента. Все пациенты находились на стационарном лечении в Республиканском Научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за период с 2007 по 2011 год.

Для более целенаправленной реализации задач исследования больные были распределены на следующие группы: первую группу составили 78 больных с единственной почкой после нефрэктомии по

поводу почечно-каменной болезни (63,4 %), вторую группу – 45 больных с единственной почкой после нефрэктомии на фоне стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента (36,6 %). Результаты первой и второй групп сравнивали с группой клинического контроля – 30 практически здоровых лиц (15 женщин и 15 мужчин).

Из 78 больных с единственной почкой, перенесших нефрэктомию по поводу почечно-каменной болезни катamnестические сроки обследования составляли: до одного года – у 9 больных (7,3 %), до 3 лет – у 23 больных (18,7 %), до 5 лет – у 16 больных (13 %) и свыше 5 лет – у 11 больных (8,9 %). У пациентов, перенесших нефрэктомию по поводу стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента, сроки обследования в катamnезе составили от 1 года до 3 лет – 36 больных (29,3 %), до 5 лет – 17 больных (13,8 %).

В результате выполненных исследований у 63 больных с единственной почкой (52,5 %) мы выявили ряд осложнений, которые были учтены нами в процессе лечения и последующей диспансеризации (рисунок 1).

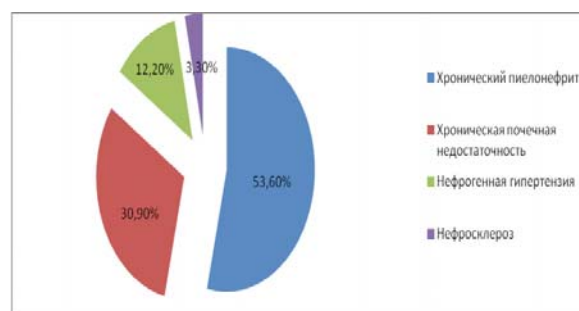


Рисунок 1 – Характер осложнений у пациентов с единственной почкой

Результаты и обсуждение. При устранении рецидивов осложнений и получении клинико-функциональной полноценности единственной оставшейся почки на фоне проведенной медицинской реабилитации, результаты лечения оценивались как хорошие.

Удовлетворительными результатами считали наличие осложнений со стороны единственной почки (хронический пиелонефрит, нефрогенная гипертензия, хроническая почечная недостаточность в латентной стадии), которые оставляли вероятность возникновения рецидива заболевания в течение определенного времени, однако функциональная способность единственной оставшейся почки была сохранена в удовлетворительном состоянии, вследствие чего больные получали инвалидность 3 группы.

Неудовлетворительными результатами у больных считались: прогрессирование хронической почечной недостаточности, нефросклероза, нефрогенной гипертензии, а также частые атаки хронического пиелонефрита. Эти больные получали инвалидность 1–2 группы.

Клинические этапы реабилитации пациентов после перенесенной односторонней нефрэктомии разделены на 4 периода:

1 период – непосредственный послеоперационный (от первых суток операции и до выписки больного из стационара).

2 период – ранний ближайший послеоперационный (от 1 до 6 месяцев), включает в себя комплекс лечебных мероприятий с момента операции до стабилизации функциональной полноценности единственной почки.

3 период – ближайший послеоперационный (от 6 месяцев до 1 года) от момента операции до восстановления работоспособности пациента.

4 период – отдаленный послеоперационный (более 1 года), включает медицинские мероприятия, направленные на восстановление функции мочевыделительной системы, профилактику и лечение осложнений, контроль трудоустройства.

Ведение пациентов первые сутки послеоперационного периода – *1 этап* – не отличалось от общих принципов хирургического наблюдения и состояло в адекватной консервативной терапии, строгом контроле за дренажными трубками, диурезом, артериальным давлением, пульсом, профилактике гипостатических процессов в легких.

На *2 этапе* реабилитационного периода продолжалась противовоспалительная терапия прерывистыми курсами, дозированная лечебная физкультура, направленная на восстановление функции мышц “брюшного пресса” и поясничной области,

назначались лечебные минеральные воды “Джалал-Абад” № 27.

На *3 этапе* реабилитационного периода ежемесячно исследовались общие анализы крови и мочи, почечные тесты, бактериологические посевы мочи с определением микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам. Контрольное УЗИ почек проводилось через каждые 6 месяцев после операции. Осмотр урологом осуществлялся ежемесячно. Рекомендованное санаторно-курортное лечение продолжалось не менее 21 дня.

Наши исследования показывают необходимость преемственности лечения больных между стационаром и поликлиникой, сотрудничество с врачами других специальностей: терапевтами, физиотерапевтами, врачами ВТЭК для достижения оптимальных результатов лечения, трудоустройства пациентов и улучшения качества жизни.

На *4 этапе* реабилитационного периода проводилось комплексное стационарное обследование больных, перенесших нефрэктомию, куда входили: общеклинические методы обследования, пробы Зимницкого, Нечипоренко, Реберга, бактериологическое исследование мочи; ЭКГ, УЗИ почек с доплерографией почечных сосудов, мочевого пузыря, обзорная и экскреторная урография.

Трудовой прогноз у лиц с единственной почкой считался благоприятным, если в до- и послеоперационном периодах не отмечено обострений пиелонефрита и сохранялась удовлетворительная функция оставшейся почки.

Все лица, занимающиеся преимущественно умственным трудом, работали на прежних местах. Среди больных, занятых физическим трудом, большинство (90 %) выполняли прежнюю работу после периода назначения ВТЭК легкого труда и других мероприятий рационального трудоустройства.

Лица с единственной почкой и наличием осложнений (хронический пиелонефрит, нефрогенная гипертензия, нефролитиаз, нефроптоз и др.) имели инвалидность 2–3 группы с правом на трудоустройство.

Целесообразно выделить следующие группы диспансерных больных с единственной почкой после нефрэктомии:

1. Больные без осложнений в послеоперационном периоде. Им необходимо ультразвуковое исследование почек 2 раза в год в течение первых трех лет, затем ежегодно; фармакоуродинамическая проба с лазиксом 1 раз в год; обзорная и экскреторная урография через 1 год, затем через 2 года в течение 5 лет; осмотр уролога каждые 3 месяца в течение первого года, затем 2 раза в год.

2. Больные с наличием осложнений в послеоперационном периоде в виде хронического пие-

лонефрита без симптомов хронической почечной недостаточности. Объем обследования необходимо дополнять бактериологическим посевом мочи с определением числа микробных тел и определением чувствительности к антибиотикам.

3. Больные с наличием осложнений в послеоперационном периоде в виде хронического пиелонефрита с симптомами хронической почечной недостаточности. Объем обследования необходимо дополнять биохимическими исследованиями крови с определением мочевины, остаточного азота, креатинина, глюкозы, общего белка, липидного спектра (у пациентов с артериальной гипертонией), пробой Реберга, исследованием мочи по Зимницкому, ЭКГ ежегодно.

Таким образом, систематический клинический, лабораторный, рентгенологический контроль на всех этапах диспансеризации позволяет на ранних стадиях выявить отрицательную динамику, присоединение осложнений и своевременно провести адекватные лечебные мероприятия больным с единственной почкой после нефрэктомии.

Литература

1. Оптимизация лечения больных детей с вторичными воспалительными заболеваниями почек и мочевыводящих путей: материалы науч.-практ. конф. / Е.Н. Давыдов, В.В. Сретенский, К.В. Немоляев и др. // Детская урология и перспективы ее развития. М., 1999.
2. Даренков А.Ф. Ультразвуковая диапевтика урологических заболеваний / А.Ф. Даренков, Н.С. Игнашин, А.А. Науменко. М., 1994. 221 с.
3. Обструктивные уропатии / Г.С. Чернецова, А.Г. Пугачев, А.Ч. Усупбаев и др. Бишкек, 2005. 227 с.
4. Цветовое картирование и импульсная доплерография в диагностике уретеролитиаза и сопутствующих нарушений уродинамики / В.В. Митьков, А.Н. Хитрова, И.Ю. Насникова и др. // Ультразвуковая диагностика. 1998. № 1. С. 63–74.
5. Чернецова Г.С. Результаты лечения обструктивных уропатий (у детей, взрослых, оперированных в детском возрасте и у взрослых больных): дис. ... д-ра мед. наук / Г.С. Чернецова. М., 2005.