

УДК 616.61–007.42–089 (575.2–25)

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОПТОЗА В УРОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ  
НАЦИОНАЛЬНОГО ГОСПИТАЛЯ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

*R.R. Aliev*

Приведены результаты оперативного лечения нефроптоза в послеоперационном периоде в различных возрастных группах.

*Ключевые слова:* нефроптоз; нефропексия; аутопластика; полипропиленовая сетка.

---

**RESULTS OF TREATMENT NEPHROPTOSIS IN UROLOGICAL DEPARTMENTS  
OF THE NATIONAL HOSPITAL IN PATIENTS OF DIFFERENT AGE GROUPS**

*R.R. Aliev*

It is presented the analysis of surgical treatment nephroptosis in the postoperative period in different age groups.

*Key words:* nephroptosis; nephropexy; autoplasty; polypropylene mesh.

Патологически подвижная почка (нефроптоз) одно из наиболее распространенных заболеваний урологических больных [1–15]. Частота нефроптоза, по статистическим данным, встречается у 1,54 % женщин и 0,12 % мужчин, а И.Х. Дзирне отметил, что 10 % всех женщин имеют патологически подвижную почку. Нефроптоз преимущественно наблюдается у лиц молодого работоспособного возраста – 20–40 лет, потеря трудоспособности отмечена у 20 % больных.

В 1870 г. Gilmore впервые удалил блуждающую почку. Основоположником органосохраняющей операции по поводу патологически подвижной почки, направленной на ограничение ее подвижности, является Hahn (1881). С.П. Боткин (1884) впервые описал клинику, доказал патогенез нефроптоза и указал на патогенетическую целесообразность хирургического лечения данного заболевания. Неудовлетворительные результаты заставляли хирургов искать новые методики операций. Можно сказать со всей определенностью, что ни одна из операций на почке не подвергалась такому детальному изучению и усовершенствованию, как нефропексия. Лишь с 1954 г., когда Rivoir предложил методику фиксации почки мышечным лоскутом из *m. psoas major*, операция нефропексии стала отвечать требованиям физиологического положения оперированного органа [1, 2, 8].

На сегодняшний день распространение получили как аутопластические методы, так и технологии с использованием синтетических материалов. В настоящее время для фиксации патологически подвижной почки используют собственную мышцу (метод Ривоира – Пытеля по видоизмененной методике Н.А. Лопаткина), проленовую сетку, нерассасывающийся шовный материал, имплантаты из никелида титана [4, 8–11].

Цель исследования – провести сравнительный анализ особенностей результатов хирургического лечения в послеоперационном периоде с использованием аутопластики и синтетического имплантата.

**Материал и методы.** В исследование включено 76 пациентов с нефроптозом:

1-я группа – 27 больных, оперированных по методу Ривоира – Пытеля по видоизмененной методике Н.А. Лопаткина.

2-я группа – 49 человек, которым произведена открытая нефропексия с использованием полипропиленовой сетки «Линтекс».

Показанием к нефроптозу являлось: постоянные боли или приступы почечной колики, обусловленные патологической подвижностью почки; нарушение гемодинамики опущенной почки; нарушение оттока мочи, вызванное нефроптозом (пиелозктазия или гидронефротическая трансформация почки); ротация почки с нарушением гемо-

динамики; хронический рецидивирующий пиелонефрит; гематурия, обусловленная нефроптозом; нефроптоз, осложненный нефрогенной артериальной гипертензией.

Диагноз нефроптоза верифицировали с использованием исследования крови (почечно-печеночные тесты, белок, белковые фракции, сахар крови) и мочи (проба Зимницкого, Нечипоренко) позволяющих оценить функциональное состояние почек. Больным проводилось рентгеноурологическое исследование (обзорная и внутривенная урография) в положении лежа и стоя для уточнения дифференциальной диагностики нефроптоза и дистопии почек.

Больные были разделены в зависимости от возраста на группы: 18–24 года – 17 (22,4 %) больных, 25–35 лет – 52 (68,4 %) человека, 36–45 лет – 7 (9,2 %) пациентов. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение больных по полу и возрасту

Возраст, годы				
Возраст, лет	1-я группа, n = 27		2-я группа, n = 49	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
18–24	7	25,9	10	20,4
25–35	18	66,7	34	69,4
36–45	2	9,2	5	10,2
Всего	27	100	49	100
Пол				
пол	1-я группа, n = 27		2-я группа, n = 49	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Ж	24	88,9	43	87,8
М	3	11,1	6	12,2
Всего	27	100	49	100

В группах средний возраст больных составил 27,8 года.

В 1-й группе больных нефроптоз 2 степени выявлен у 18 (66,7 %) больных, нефроптоз 3 степени – у 9 (33,3 %) больных; во 2-й группе больных нефроптоз 2 степени определяли у 51 (67,1 %) больного, 3 степени – у 25 больных (32,9 %).

Односторонний нефроптоз в 1-й группе больных выявлен у 22 (81,5 %) больных, двухсторонний – у 5 (18,5 %) больных; во 2-й группе односторонний нефроптоз наблюдали у 65 (85,5 %), двухсторонний – у 11 (14,5 %) больных.

Особенности течения операции и послеоперационного периода, представлены в таблице 2.

В исследование было включено 39 человек: 18 пациентам (1а группа) выполнена нефропексия по методу Ривоира – Пытеля, 21 больному (2а группа)

проведена открытая нефропексия с использованием пропиленовой сетки.

Таблица 2 – Показатели особенностей операции и послеоперационного периода

Показатель	1-я группа, n = 27	2-я группа, n = 49	p
Общий койко-день, дни	14,6 ± 2,3	9,2 ± 2,5	> 0,05
Послеоперационный койко-день, дни	10,8 ± 2,2	7,2 ± 1,9	> 0,05
Продолжительность операции, мин	73,8 ± 15,5	50,5 ± 27,7	> 0,05
Продолжительность наркоза, мин	95,2 ± 16,4	77,4 ± 26,5	> 0,05
Количество перевязок	10,7 ± 2,0	6,7 ± 1,6	> 0,05
Продолжительность болевого синдрома, дни	4,2 ± 2,5	3,8 ± 1,6	> 0,05
Продолжительность температурной реакции, дни	5,3 ± 2,4	3,0 ± 1,7	> 0,05

Данные были обработаны статистически с использованием t-критерия Стьюдента (различия статистически достоверны при  $p < 0,05$ ). У всех больных перед операцией диагностирован нефроптоз 2–3 степени.

Проведенный анализ выявил статистически значимые различия качества жизни пациентов после аутопластики и использования синтетических материалов в лечении больных нефроптозом 2–3 степени.

**Результаты и их обсуждение.** По результатам исследования наблюдалось сокращение койко-дней во 2-й группе больных на  $3 \pm 1$  день, что имеет важное экономическое значение, снижение количества перевязок, продолжительности болевого синдрома, температуры тела, уменьшение продолжительности наркоза, что улучшает качество жизни в послеоперационном периоде пациента. Такие показатели свидетельствуют о восстановлении трудоспособности больных в послеоперационном периоде в более ранние сроки.

#### Вывод

1. Данное исследование показывает нам простоту выполнения открытой нефропексии с использованием синтетических материалов, легкость послеоперационного периода и основные характе-

ристики качества жизни по сравнению с аутопластикой.

2. Нарушения уродинамики отмечаются у больных нефроптозом в возрастных группах 20–40 лет.

#### Литература

1. *Андрейчиков А.В.* Нефроптоз (возрастные аспекты этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, профилактики и лечения: дис. ... канд. мед. наук / А.В. Андрейчиков. Красноярск, 1988. 212 с.
2. *Ахмадеев Р.И.* Способ хирургического лечения нефроптоза / Р.И. Ахмадеев // Здоровоохранение Башкортостана. 2000. № 3. С. 66.
3. *Кудряшова И.В.* Ранняя диагностика хронического панкреатита с позиции использования ультразвуковой томографии и индекса качества жизни: учебно-методические рекомендации / И.В. Кудряшова. Смоленск, 2003. 21 с.
4. *Мешков С.В.* Лапароскопическая нефропексия / С.В. Мешков, В.Б. Полутин, Е.П. Кривошеков. Самара, 2002. 119 с.
5. *Новик А.А.* Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. СПб.: ЭЛБИ, 1999. 139 с.
6. *Новик А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик. СПб.: ИД «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. 320 с.
7. *Сафронов А.А.* Научное обоснование оптимизации оказания консультативно-диагностической помощи больным урологического профиля: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А. Сафронов. М., 2008. 30 с.
8. *Томусяк Т.Д.* Отдаленные результаты оперативного лечения больных с патологически подвижной почкой / Т.Д. Томусяк, Ф.И. Мамчур, Н.В. Зеляк и др. // Урол. и нефрол. 1993. № 3. С. 11–13.
9. *Таукенов М.Т.* К модификации нефропексии мышечным лоскутом при нефроптозе / М.Т. Таукенов, Е.А. Домбровская // Вестник хирургии им. Грекова. 1981. № 2. С. 61–65.
10. *Ширанов А.Б.* Хирургический и эндохирургический способы лечения нефроптоза: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Б. Ширанов. Ростов н/Д, 2000. 16 с.
11. *Шкуратов С.И.* Нефропексия с использованием сверхэластичного пористого никелида титана / С.И. Шкуратов, В.Э. Гюнтер, Е.О. Крживоблоцкий и др. // Урология. 2006. № 6. С. 51–56.
12. *Шульц В.Е.* Осложнения в лапароскопической урологии и их профилактика: руководство для урологов и эндохирургов / В.Е. Шульц, Б.В. Крапивин, А.А. Давыдов. М.: МИА, 2007. 106 с.
13. *Amid P.K.* Surgical treatment of chronic groin and testicular pain after laparoscopic and open preperitoneal inguinal hernia repair / P.K. Amid, D.C. Chen // J Am Coll Surg. 2011. Oct. № 213 (4). P. 531–536.
14. *Delikoukos S.* Re-operation due to severe late-onset persisting groin pain following anterior inguinal hernia repair with mesh / S. Delikoukos, F. Fafoulakis, G. Christodoulidis, T. Theodoropoulos, C. Hatzitheofilou // Hernia. 2008. Dec. № 12 (6). P. 593–595.
15. *Williams G.H.* Assessing patients wellness: new perspectives on quality of life and compliance // AJH. 1998. Vol. 1. № 11–2. P. 186–191.