

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОПТОЗА

Мамбетов Ж.С., Салимов Б.Г., Турашев М.Т.

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале

Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе дана оценка хирургического лечения 76 больных с нефроптозом и из них 44 по усовершенствованной методике нефропексии, которые перенесли оперативное лечение в урологических отделениях в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республике за период с 2004 по 2013 гг. Для диагностирования нефроптоза наряду с клинико-лабораторными исследованиями проводились рентгеноурологические (обзорная и экскреторные урографии в положении лежа и стоя) и ультразвуковые доплерографические исследования почек. Проведена сравнительная характеристика методов нефропексии. Разработан новый способ нефропексии при нефроптозе, который создал надежную эффективную нефропексию и сохраняет физиологическую подвижность оперированной почки.

Ключевые слова: Нефроптоз, нефропексия, хирургическое лечение.

НЕФРОПТОЗДУН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУН ӨРКҮНДӨТҮҮ

Мамбетов Ж.С., Салимов Б.Г., Турашев М.Т.

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министирлигинин Улуттук госпиталга караштуу

Республикалык илимий урология борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2004-2013 жылдагы Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо министирлигинин Улуттук госпиталынын астындагы Республикалык илимий урология борборунун урология бөлүмдөрүндөгү 2004-2013 жылдарда хирургиялык жол менен дарыланган 76 бейтап нефроптоз менен, а алардын ичинен 44 бейтап нефропексиянын орчутулгон методикасы менен жүргүзүлгөн операцияларга баа берүү булжумуштун негизги максаты. Нефроптоз оорусун табуучун клинико-лаборатордук текшерүүлөрдөн тышкары рентген урологиялык (жалпы жана экскретордук урография горизонталдык жана вертикалдык абалда) жана доплердик ультра-ун текшерүүсү жүргүзүлдү. Нефропексиянын ыкмаларын асальштырмалуу мүнөздөмө берилди. Нефроптоз оорусуна жүргүзүлгөн нефропексия операциясынын бөйрөктүн физиологиялык кыймылын толук кандуу камсыз жасай турган жаны ыкмасы иштелип чыкты.

Негизги сөздөр: Нефроптоз, нефропексия, хирургиялык дарылоо.

IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF NEFROPTOZ

Mambetov Zh.S., Salimov B. G., Turashev M. T.

Republican scientific center of urology at National hospital

of Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. In work the assessment of surgical treatment of 76 patients with nefroptoz and from them 44 by an advanced technique of a nefropeksiya is given, which transferred expeditious treatment in urological offices in Republican scientific center of urology at National hospital of Ministry of Health to the Kyrgyz Republic from 2004 for 2013. For diagnosing of a nefroptoz along with kliniko-laboratory researches were carried out X-ray urological (survey and excretory and costing to urography in a prone position) and ultrasonic Doppler researches of kidneys. The comparative characteristic of methods of a nefropeksiya is carried out. The new way of a nefropeksiya at a nefroptoz which created a reliable effective nefropeksiya is developed and keeps physiological mobility of the operated kidney.

Keywords: Nefroptoz, nefropeksiya, surgical treatment.

Введение.

Довольно трудным, спорным вопросом является определение относительных и абсолютных показаний к оперативному методу лечения нефроптоза [3].

В течение многих лет были периоды отрицательного отношения к оперативному методу лечения, когда нефропексию считали опасной для жизни больного. Это, по-видимому, объяснялось отсутствием абсолютных показаний к операции и неточностью разработанных методов диагностики [1,2,5].

С внедрением в практику рентгенологических и лучевых методов диагностики и с учетом особенностей этиологического фактора, данных объективного исследования, в связи с нефроптозом и имеющимися осложнениями отношение к нефропексии изменилось и последние 20-25 лет уже нет отрицательных высказываний о нефропексии.

На современном этапе в странах ближнего и дальнего зарубежья широко стали использовать синтетический биоматериал - полипропиленовые сетки, который устанавливается открытым, но чаще лапароскопическим методом [4,6,7].

Полипропиленовый сетчатый имплантат хорошо и быстро интегрируется с окружающими тканями на ранних сроках после имплантации, являясь биологически инертным синтетическим материалом, однако, недостатком при нефропексии является, что полностью теряется физиологическая подвижность оперированной почки, которая может негативно отразиться на гемодинамике почек.

Следовательно, нами поставлена цель разработать новый способ нефропексии при нефроптозе, который создал бы надежную эффективную нефропексию и сохранить физиологическую подвижность оперированной почки.

Материал и методы исследования. Материалом исследования стали больные страдающие нефроптозом, которые перенесли оперативное лечение в урологических отделениях в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республике за период с 2004 по 2013 гг. 76 больных с различной степенью выраженности нефроптоза и из них 44 по усовершенствованной методике нефропексии.

Для диагностирования нефроптоза наряду с клиничко-лабораторными исследованиями проводились рентгеноурологические (обзорная и экскреторные урографии в положении лежа и стоя) и ультразвуковые доплерографические исследования почек (УЗДГ).

Результаты статистически обработаны на персональном компьютере «Pentium-IV» методом вариационной статистики с использованием пакета Microsoft Excel. Определяли основные статистические характеристики: среднее (M), ошибки среднего (m) и стандартное отклонение (δ). Достоверность различия средних определяли по критерию Стьюдента (t) для коэффициента вариации и уровень значимости считали результат при $P < 0,05$.

Результаты лечения оценивались следующими критериями:

1) хорошее - отсутствие клинических проявлений болезни, нормализация лабораторных показателей при контрольном рентгенологическом и ультразвуковом исследовании нет рецидива болезни и гемодинамические показатели в норме;

2) удовлетворительное - значительная регрессия клинических проявлений болезни, однако, в ряде лабораторно-инструментальных исследований оставались отклонения от нормы, но при контрольном рентгенологическом и ультразвуковом исследовании нет рецидива болезни и гемодинамические показатели в норме;

3) неудовлетворительное – рецидив нефроптоза и отсутствие клинического и лабораторного улучшения.

Результаты и их обсуждения.

На основании проведенной экскреторной урографии в позиции лежа и стоя были диагностированы (рис. 1):

с нефроптозом 1 степени 12 (27,3%) больных, с нефроптозом 2-й степени 23 (52,3%) и 3 степени 9 (20,4%) больных, которые перенесли операцию нефропексию по усовершенствованной методике (основная группа).

Следует отметить, что у лиц подвергнутых хирургическому лечению нефроптозом 1 степени беспокоили постоянные изнуряющие боли в почке на стороне нефроптоза, усиливающиеся при физической нагрузке, а на экскреторных урограммах отмечалась ротация

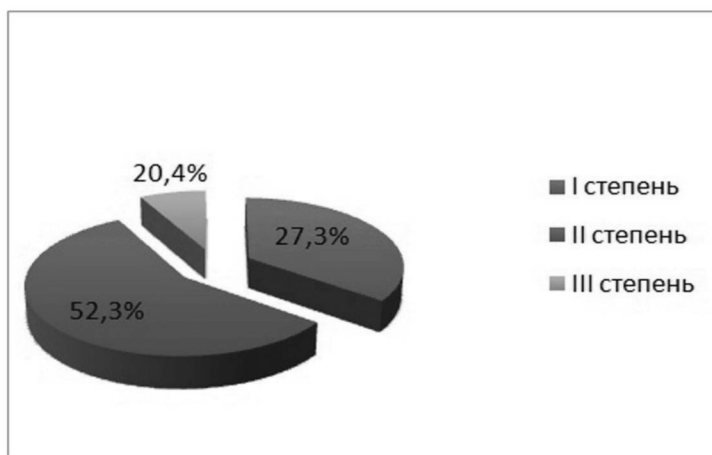


Рис.1. Степени нефроптоза основной группы.

опущенной почки.

Наряду с этим на УЗДГ были зарегистрированы отличительные гемодинамические нарушения при изменении позиции тела.

Так, при 1 степени нефроптоза гемодинамические показатели в позиции лежа оказались следующими: V_{max} - $39,4 \pm 2,23$ см/с; V_{min} - $25,6 \pm 2,19$ см/с и Ri - $0,371 \pm 0,03$, т.е., гемодинамические параметры в данном положении тела оказались в пределах нормы. При вертикальном положении тела у больных гемодинамические показатели оказались в пограничных цифрах нормы ($p > 0,05$).

Во 2 стадии нефроптоза результаты в горизонтальном положении тела у больных были следующими: V_{max} - $37,7 \pm 1,13$ см/с; V_{min} - $24,1 \pm 2,14$ см/с и Ri - $0,489 \pm 0,06$ и в данном случае в основном показатели составили пограничные цифры нормы, однако в позиции стоя достоверность была отмечена V_{max} $33,4 \pm 0,7$ см/с и индекса резистентности ($p < 0,05$).

При 3 степени нефроптоза в положении лежа были отмечены нарушения гемодинамических показателей (V_{max} - $31,7 \pm 1,38$ см/с; V_{min} - $19,7 \pm 1,35$ см/с и Ri - $0,579 \pm 0,07$) и в позиции стоя отмечены ухудшения показателей гемодинамики (V_{max} - $26,3 \pm 1,2$ см/с; V_{min} - $14,6 \pm 1,4$ см/с и Ri - $0,882 \pm 0,03$) и при сопоставлении результатов отмечены достоверность по критерию ($p < 0,05$).

32 пациента с нефроптозом перенесли операцию нефропексию традиционными способами, они были сравнительной группой для оценки результативности операции в отдаленном периоде (рис.2).

Из их с нефроптозом 1 степени 8 (25,0%)

больных, с нефроптозом 2-й степени 20 (62,5%) и 3 степени 4 (12,5%) больных.

В нашей клинике в течение многих лет практикуется открытая нефропексия мышечно-фациальным лоскутом, разработанная доцентом О.А. Абдылдаевым суть которого, заключается в следующем: выделение лоскута мышцы из латерального брюшка *m. psoas* толщиной не более 2 см. и длиной 8 см последующим фиксацией на поверхности почки не рассекая и не образуя тоннели из фиброзной капсулы почки, т.е. по супракапсулярной методике.

По этой методике были произведены операции и в 2 (6,3%) случаях были отмечены рецидивы нефроптоза. Это связано с тем, что зачастую происходит снижение нормального питания и иннервации мышечного лоскута, это приводит к атрофии лоскута, тем самым к потере фиксирующего эффекта лоскута и рецидиву нефроптоза. Данная ситуация была установлена при повторной операции, где установлено истончение лоскута с отсутствием фиксирующего эффекта.

Учитывая эти ситуации, нами была усовершенствована данная методика, которая заключается в следующем (рационализаторское предложение № 28/13 КГМА им И.К. Ахунбаева от 05.12.2013г.): Перед фиксацией по внутренней поверхности мышечно-фациального лоскута на протяжении длиной 4 - 5 см и толщиной 1,5 см сшивается полипроленовая сетка, которая фиксируется длительно рассасывающимися узловыми швами (максон, викрил №3/0 или 4/0) на фиброзную капсулу почки (рис.3). Дефект в *m. psoas* ликвидируют сближением краев мышцы непрерывным викриловыми швами 3/0 швом.

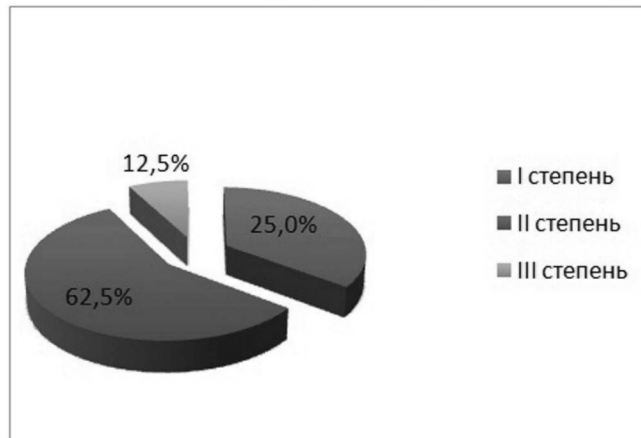


Рис.2. Степени нефроптоза контрольной группы.

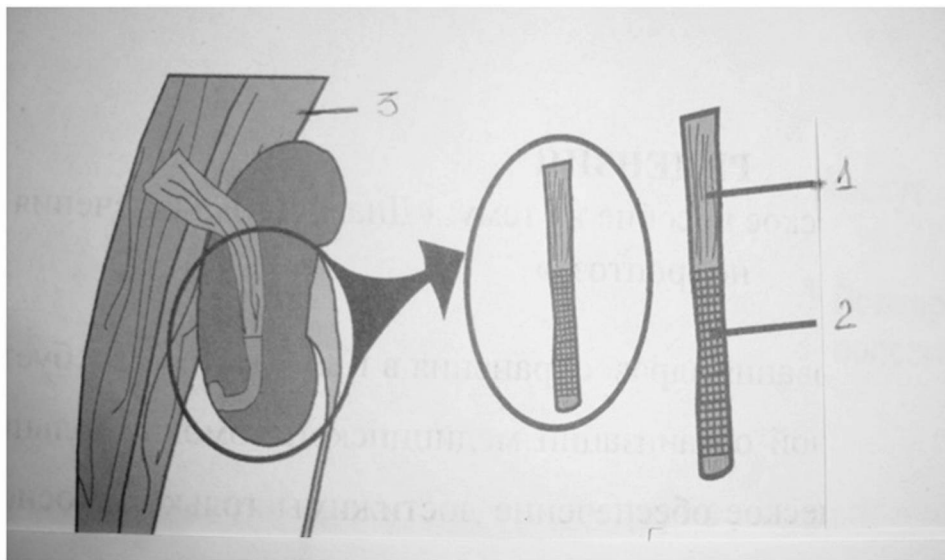


Рис.3. Мышечно-фасциальный лоскут с полипропиленовой полоской.

1-мышечный лоскут; 2-полипропиленовая полоска; 3- т. Psoas major

Почку окутывают паранефральной клетчаткой и обязательно восстанавливают целостность почечной фасции. Рану зашивают наглухо, до страхового дренажа и резиновой полоски.

Результаты нефропексии по усовершенствованной методике были оценены через 1 год после операции и получены следующие данные:

Хорошие результаты получены у 36 пациентов (81,8%) удовлетворительные у 8 (18,2%) следует отметить, что не постоянные болевые синдромы у этих пациентов, по всей вероятности, обусловлены хроническим пиелонефритом и эти пациенты получили соответствующее противовоспалительное лечение.

В группе сравнения (32 чел.), которые перенесли операцию по традиционной методике, хорошие результаты были отмечены у 21 (65,6%), удовлетворительные у 9 (28,1%) и неудовлетворительные у 2 (6,3%) пациентов, т.е. были зарегистрированы рецидивы нефроптоза.

Выводы:

1. Назрела необходимость пересмотреть показания и противопоказания консервативной или оперативной коррекции патологически подвижной почки. При этом следует рассматривать, что консервативное лечение является подготовкой к операции.

2. Учитывая, что в нашей республике широко применяется супракапсулярный мышечно-фасциально лоскутный способ

нефропексии и, обращая внимание на рецидивы, то следует широко использовать усовершенствованную методику, как усиливающую и создающую надежность фиксации лоскута.

Литература:

1. Гафуров М.У. Оптимизация хирургического лечения нефроптоза: Автореферат дисс...канд.мед.наук.- 14.21.03.- Бишкек; 2013.- 22 с.

2. Еганов Е.П. К нефропексии мышечными лоскутами /Е.П. Еганов, О.А. Абдылдаев // Здравоохранение Киргизии. 1978 г. - № 6. С. 26-29.

3. Имамбетдиев С.Б. Новая модификация субкапсулярной нефропексии /С.Б. Имамбетдиев., А.Б. Керимов // Азербайджанский мед.жур. - 1991. - № 4. - С. 52-58.

4. Пучков К.В. Лапароскопические методы оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии: автореф. дис... д-ра мед.наук / К.В. Пучков; РязГМУ.- Рязань, 1997.- 32 с.

5. Чернецова Г.С. Оперативное лечение нефроптоза /Г.С. Чернецова, М.У. Гафуров //Вестник КРСУ, 2012.- Т.12, №1.- С. 158-161.

6. Laparoscopic nephropexy: a case report / T. Matsuda et al. // International Journal of Urology. 1996. - Vol.3, №5. - P.397-400.

7. Laparoscopic nephropexy for symptom, nephroptosis: initial case report / D.A. Urban et al. // J. Endourol. 1993. - Vol.7, №1. - P. 27- 30.