

КОМПЛЕКСНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕФРОПТОЗА*А.В.Гудков, А.В.Чихарев, В.С.Бощенко**Кафедра урологии (зав. - А.В. Гудков) Сибирского государственного медицинского университета, г. Томск*

По данным Н.А. Лопаткина (1999), нефроптоз - одно из наиболее распространенных урологических заболеваний, которое встречается в среднем у 1,5% женщин и у 0,1% мужчин [9, 10]. Социальная значимость проблемы обусловлена тем, что нефроптоз часто приводит к развитию осложнений, а в некоторых случаях - к потере трудоспособности [1, 7].

Большинство публикаций по лечению нефроптоза посвящено оперативным методам, в том числе эндоскопическим. Количество способов оперативного лечения продолжает расти, что свидетельствует об отсутствии приемлемого оперативного пособия для лечения больных нефроптозом. Широко распространенная в России операция при нефроптозе - нефропексия по Пытелю-Лопаткину - несмотря на положительные отзывы [2, 3], имеет ряд недостатков:

- фиксированная почка может вновь опуститься, если вокруг нее не развился спаечный процесс [4];
- операция может вызвать развитие склерозирующего паранефрита и забрюшинных гематом [13];
- операция не выполнима при наличии сосуда нижнего полюса [5];
- оперативное пособие имеет длительный послеоперационный период [9, 10].

Современные методики фиксации почек с применением эндовидеотехники распространены мало, неизвестны их отдаленные результаты.

Одним из широко используемых еще с прошлого века способов консервативного лечения нефроптоза является ношение бандажа [6, 8, 10, 11]. Однако еще в 1967 г. П.М. Федорченко по этому поводу писал: «Широко распространенный в настоящее время консервативный метод лечения нефроптоза (применение специально изготовленного бандажа, соблюдение соответствующего режима) не излечивает больных, и они становятся инвалидами» [11]. Приведенная цитата, по всей видимости, не потеряла значимости до сих пор.

В настоящее время из консервативных методов используются, кроме бандажа, комплекс лечебной физкультуры, массаж передней брюшной стенки, гидротерапия (холодные компрессы, души, купания), высококалорийные диеты, соблюдение специального режима, медикаментозная терапия. В лечении нефроптоза может быть применена мануальная терапия, направленная на смещение опущенных почек в краниальном направлении кистями рук врача, с использованием пассивных движений нижних конечностей или без таковых, в различных положениях тела пациента. Предлагаемые методики способствуют повышению тонуса и стимуляции пластико-эластических свойств фиксационного аппарата почки при всех стадиях нефроптоза [12].

Мы не встретили такого метода, который не давал бы рецидивы и осложнения у лиц, страдающих нефроптозом. Неясна тактика лечения больных, страдающих нефроптозом с общим спланхноптозом. До сих пор не предложен эффективный консервативный метод лечения нефроптоза. Существующие методы эффективны только у больных с I и II стадиями нефроптоза.

Цель настоящего исследования: оценка эффективности разработанного комплекса консервативных методик лечения больных нефроптозом, а также определение показаний к данному способу лечения.

Нами разработан метод амбулаторного консервативного комплексного лечения нефроптоза. Он состоит из 10 сеансов оригинального лечебного массажа с мануальной репозицией почек, лечебной физкультуры, ношения бандажа и соблюдения режима. Лечебный массаж включал в себя массаж спины и поясничной области, массаж живота, мануальную репозицию почек и в конце сеанса больным накладывали бандаж. Лечебный массаж проводили ежедневно, продолжительность каждого сеанса составляла 60 минут. С первого дня мас-

сажа и в последующем в течение 12 месяцев пациенты соблюдали рекомендованный им режим физической активности. Режим заключался в ограничении физических нагрузок, исключении подъема тяжестей более 3 кг и любой работы в наклон, в уменьшении или исключении езды на транспорте с сильной тряской, приподнимании ножного конца кровати на время сна на 10-15 см и ношении бандажа при выполнении домашней работы или переезде на длительные расстояния. Ежедневно (в первые 10 дней под наблюдением врача, затем с помощью родственников) пациенты выполняли комплекс специальных упражнений, направленный на укрепление мышц передней брюшной стенки и тазового дна.

По этой методике проведено лечение 106 больных (90 женщин и 16 мужчин) нефроптозом различной выраженности. Средний возраст больных составлял 33,8 11,5 года (от 9 до 54 лет). Больных до 60 лет включали в обследование при следующих условиях:

1. Наличие нефроптоза, верифицированного с помощью экскреторной урографии.

2. Отсутствие абсолютных показаний к хирургическому лечению нефроптоза - нефролитиаза (без тенденции к отхождению камней), гидронефроза, пиелонефрита, не поддающегося консервативной терапии [10].

3. Отсутствие противопоказаний к лечебному массажу (острые лихорадочные состояния, острые кровотечения и кровотечения в анамнезе, заболевания крови, гнойные процессы, инфекционные и грибковые заболевания кожи, тромбоз, аневризмы сосудов, тромбофлебиты, лимфадениты, кожные формы венерических заболеваний, активные формы туберкулеза, хронический остеомиелит, опухоли, любые терапевтические заболевания в стадии декомпенсации, грыжи, менструации, острые неотложные состояния, психические заболевания).

4. Отсутствие необходимости медикаментозной терапии по поводу сопутствующих заболеваний.

В исследование вошли пациенты с болями, лишающими трудоспособности, пациенты с почечной венозной гипертензией с форникальными кровотечениями.

В качестве скринингового метода диагностики нефроптоза у больных, планируемых для включения в исследование, использовали пальпацию почек и УЗИ почек в В-режиме. Наличие у больного субъективных проявлений, свидетельствующих о возможном нефроптозе, служило основанием для пальпации почек, которую проводили в клино- и ортостазе. Это позволяло предварительно судить о наличии нефроптоза и его стадии в соответствии с классификацией Н.А.Лопаткина и соавт. [10]. Следующим этапом верификации диагноза нефроптоза служило трансабдоминальное УЗИ почек, выполненное всем пациентам. Диагноз нефроптоза при УЗИ считали достаточно обоснованным в случае опущения верхнего полюса почки ниже XII ребра не менее 4 см при переходе пациента в ортостатическое положение.

Диагноз нефроптоза и стадию заболевания у всех больных верифицировали с помощью экскреторной урографии. Для получения целостной картины всем больным проводили общий анализ мочи, анализ по Нечипоренко, общий и биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, глюкоза), бактериологический посев мочи. Для оценки почечной гемодинамики выполняли ультразвуковое доплерографическое исследование кровотока в стволе правой и левой почечных артерий и вены, а также кровотока в сегментарных и дуговых артериях почек в клино- и ортостазе. При необходимости обследование дополняли динамической нефросцинтиграфией.

По стадии заболевания пациенты были разделены на группы. В 1-ю группу вошли 12 больных с двусторонним нефроптозом I стадии либо больные нефроптозом I стадии с одной стороны и отсутствием нефроптоза с другой, во 2-ю - 67 с двусторонним нефроптозом II стадии либо нефроптозом II стадии с одной стороны и менее II стадии с другой, в 3-ю - 27 с двусторонним нефроптозом III стадии либо нефроптозом III стадии с одной стороны и менее III стадии с другой.

После комплексного лечения пациентов наблюдали в течение одного года. Через 1 и 12 месяцев после окончания лечения у всех больных оценивали субъективную симптоматику и проводили ультразвуковое сканирование почек с определением расстояния от нижнего края XII ребра до верхнего полюса каждой почки в положении стоя. Через 12 месяцев после курса лечения выполняли контрольную экскреторную урографию.

Спектр жалоб и их характер в группах были сопоставимы, за исключением более высокой частоты головных болей в 3-й группе (табл. 1).

Сеансы массажа 101 больной перенес удовлетворительно. У одного боль-

Таблица 1

Результаты клинического обследования (абс./%)				
Показатели	Группы больных			Всего
	1-я	2-я	3-я	
Боли в пояснице	9 /75	52/78	24 /89	85 /80
Дискомфорт в области поясницы	2 /17	3 /4	2 /7	7 /7
Боли в животе	2 /17	5 /7	3 /11	10 /9
Головные боли	1 /8*	7 /10**	13 /48	21 /20
Желудочно-кишечные расстройства	2 /17	6 /9	5 /19	13 /12
Дизурия	0 /0	3 /4	2 /7	5 /5
Повышение температуры тела	1 /8	2 /3	2 /7	3 /3
Невротические расстройства	0/0	6 /9	3 /11	9 /8
Гипотензия	1 /8	4 /6	3 /11	8 /7
Жалоб нет	3/25***	1 /1**	1 /4	5 /5

* $p>0,05$, ** $p<0,05$, $p<0,001$ — различие по отношению к данным 3-й группы.

Таблица 2

Влияние комплексного консервативного лечения на динамику симптомов нефроптоза (абс./%)				
Симптомы	До лечения (n=106)	Непосредственно после массажа (n=106)	Через 1 месяц после начала лечения (n=97)	Через 1 год после начала лечения (n=71)
Боли в пояснице	85 /80	11/10***	15 /15***	21 /30***
Дискомфорт в области поясницы	7 /7	1/1	1 /1	2 /3
Боли в животе	10/9	0 /0**	0 /0**	1 /1*
Головные боли	21 /20	2 /2***	4 /4***	5 /7**
Желудочно-кишечные расстройства	13 /12	2 /2**	2/2**	5 /7
Дизурия	5 /5	0 /0	0 /0	0 /0
Повышение температуры тела	3 /3	1 /1	1 /1	1 /1
Невротические расстройства	12/11	7 /7	4 /4	4 /6
Гипотония	8 /8	1 /1	0 /0	2 /3
Жалоб нет	5/5	83/78***	69 /71***	32 /45***,###,AAA

*** $p<0,05$, ** $p<0,01$, * $p<0,001$ - достоверные различия по сравнению с показателями до лечения, ### $p<0,001$ - по сравнению с показателями непосредственно после сеанса массажа, AAA $p<0,001$ - по сравнению с показателями через один месяц от начала лечения.

ного с микрогематурией после второго сеанса был зафиксирован эпизод макрогематурии в течение суток, который при последующих сеансах не повторялся. У 4 больных с первого сеанса регистрировали повышение АД во время массажа и в течение 2-3 часов после его окончания.

Непосредственно после курса массажа с мануальной репозицией почек были обследованы все 106 больных, через один месяц после начала комплексного консервативного лечения - 97 (92%), через 12 месяцев - 71 (67%). Выбывание больных из исследования при проспективном наблюдении в течение 12 месяцев было связано в ряде случаев с удовлетворенностью качеством жизни и нежеланием терять время на повторный врачебный осмотр (11%) или

со сменой места жительства (4%). В 19 (18%) случаях причина неявки осталась неизвестной (отсутствовал ответ на письменное приглашение для контрольного осмотра).

Динамика симптомов у больных нефроптозом непосредственно после окончания массажа с мануальной репозицией почек, через 1 и 12 месяцев после начала лечения представлена в табл. 2.

Через месяц непосредственно после сеанса массажа с мануальной репозицией почек число больных с жалобами на боли в поясничной области, животе, на головные боли, желудочно-кишечные расстройства и гипотонию уменьшилось ($p<0,01$), а число пациентов без жалоб увеличилось ($p<0,001$).

Положительный эффект лечения по субъективным проявлениям с достиже-

нием клинической ремиссии был выявлен у 73% и 65% больных соответственно после массажа и через месяц от начала лечения. Влияние комплексной консервативной терапии на субъективные признаки заболевания сохранялось до двенадцатого месяца от начала лечения, о чем свидетельствовало стабильное снижение частоты болевого синдрома в поясничной области и животе, головных болей, соответствующее достигнутому первоначально после массажа. Однако к одному году было установлено значимое ($p < 0,001$) ослабление эффекта (45%) по сравнению с таковым непосредственно после курса массажа и (78%) через один месяц от начала терапии (71%), тем не менее больных без жалоб оставалось достоверно больше, чем до лечения ($p < 0,001$; табл. 2).

Основным объективным методом оценки эффективности восстановления физиологической подвижности почек в промежуточных контрольных точках было ультразвуковое исследование в В-режиме. У большинства больных степень опущения почек справа и слева была различной, поэтому последующий анализ проводился по частоте случаев заболевания одной почки. Всего у 106 больных выявлено 132 случая нефроптоза. При выполнении ультразвукового сканирования почек в В-режиме смещение почки на 4-5 см было выявлено в 20 (15%) случаях, на 6-10 см - в 82 (62%), более чем на 10 см - в 30 (23%), что соответствовало I, II, и III стадиям нефроптоза.

Непосредственно после массажа с мануальной терапией зафиксированы перемещение почек в ортотопное положение в 33% случаев, достоверное увеличение доли случаев нефроптоза I стадии на 31% и уменьшение доли случаев нефроптоза II и III стадии на 50% ($p < 0,001$) и 12% ($p < 0,01$) соответственно. Достоверное уменьшение выраженности нефроптоза по сравнению с исходными данными установлено на протяжении всех 12 месяцев наблюдения после начала комплексной консервативной терапии. Однако к 12-му месяцу курса прослеживалось постепенное

ослабление полученного эффекта по отношению к достигнутому непосредственно после массажа, что нашло отражение в уменьшении доли случаев ортотопного положения почки с 33% после массажа до 24% через 12 месяцев от начала лечения ($p < 0,01$) и доли случаев нефроптоза I стадии с 46 до 44% ($p < 0,05$). Одновременно несколько возросла доля случаев нефроптоза II и III стадий.

Было установлено, что эффект комплексной консервативной терапии нефроптоза зависел от исходной стадии опущения почек. Непосредственно после сеансов массажа с мануальной репозицией почки при I стадии нефроптоза репозиция в ортотопное положение выявлена в 80% случаев, репозиции не произошло в 20%. Таким образом, хороший непосредственный эффект лечения при I стадии нефроптоза составил 80%, неудовлетворительный - 20%. При II стадии нефроптоза репозиция в ортотопное положение зафиксирована в 31% случаев, в I - в 63%; в 5% случаев изменения выраженности нефроптоза не выявлено. Следовательно, при II стадии заболевания положительный эффект составил 84%, хороший - 31%, удовлетворительный - 64%, неудовлетворительный - 5%. При нефроптозе III стадии репозиция в ортотопное положение произошла только в 7% случаев, при I - в 13%, при II - в 40%. В 40% случаев выраженность нефроптоза не изменилась. Хороший непосредственный эффект лечения при III стадии нефроптоза имел место в 7% случаев, удовлетворительный - в 53%, неудовлетворительный - в 20%.

При контрольном исследовании через месяц после начала терапии хороший эффект при нефроптозе I стадии сохранялся в 72% случаев, при II - в 26%. При нефроптозе III стадии эффект отсутствовал. Удовлетворительный эффект выявлен в 66% случаев при II стадии и в 48% - при III, неудовлетворительный - соответственно в 28%, 8% и 52% случаев при I, II и III стадиях.

Через год после начала лечения хороший эффект при нефроптозе I ста-

дин сохранялся в 67% случаев, при II - в 22%, при III стадии он отсутствовал. Удовлетворительный результат обнаружен в 62% случаев при II стадии и только в 33% - при III. Эффект был расценен как неудовлетворительный через 12 месяцев после лечения соответственно в 33%, 15% и 66% случаев при I, II и III стадиях.

Таким образом, комплексная консервативная терапия нефроптоза приводит к достоверному улучшению основных субъективных и объективных симптомов нефроптоза, достигает максимума непосредственно после сеансов массажа, сохраняется на стабильном уровне в течение одного месяца и ослабевает к году лечения. Положительное влияние терапии на опущение почек зависит от исходной выраженности, достигая 80% после массажа при I стадии заболевания, 84% при II и 60% при III, снижаясь к году терапии соответственно до 67%, 84% и 33% при I, II и III стадиях. При этом репозиция почек в ортотопное положение (объективное выздоровление) наступает после массажа соответственно в 80%, 31% и 7% при I, II и III стадиях, сохраняясь через 12 месяцев после начала терапии в 67%, 22% и 0% при I, II и III стадиях. Полученные данные позволяют признать метод эффективным при лечении больных с нефроптозом I и II стадии и малоперспективным - при III стадии.

Разработанная методика массажа с элементами мануальной терапии позволяет в комплексе с ЛФК и соблюдением режима значительно повысить качество жизни пациентов, страдающих нефроптозом, сократить сроки их нетрудоспособности, а в некоторых случаях полностью избавиться от данного заболевания и избежать операции. Консервативное лечение в комплексе должно всегда предшествовать оперативному вмешательству у больных данной категории независимо от стадии заболевания с длительностью профилактики в течение года. Вопрос об операции следует решать при отсутствии эффекта от консервативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрейчиков А.В. Детерминированность метаболического иммунодефицита при аномалиях положения почек: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - М., 2003.
2. Гончарук А.И., Донец А.Н., Никифоров В.Ю. Реконструктивно-восстановительные и новые методы лечения в клинике. /Тез. докл. научн.-практ. конф., 7-8 декабря 1989 г.-М., 1989.- С.99-100.
3. Захаров Н.И. Вопросы хирургии. Труды Красноярского мед.ин-та.-Красноярск, 1970. - Вып. 2.-С.156-158.
4. Клепиков Ф.А. // Урол. и нефрол. - 1985. - №3. -С. 18-22.
5. Мазо Е.Б., Чунь-Чень, Ноп-Путир и др. // Урол. и нефрол. - 1967. -№3. -С.49-52.
6. Мирошниченко В.И. Клиническая и трудовая реабилитация больных нефроптозом после хирургического лечения: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - М., 1987.
7. Неймарк А.И., Сибуль И. Э., Таранина Т. С. // Урол. и нефрол. - 1998. - № 1. - С. 29-31.
8. Нефрология: Рук-во для врачей / Под ред. И. Е. Тареевой. - М., 2000.
9. Оперативная урология: Рук-во для врачей./ Под ред. Н. А. Лопаткина. - М., 1986.
10. Руководство по урологии: В 3 т. / Под ред. Н. А. Лопаткина. - М., 1999. - Т. 2.
11. Федорченко П.М. Нефроптоз. Клиника, диагностика и лечение: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Киев, 1967.
12. Чикуров Ю.В. Остеопатическое лечение внутренних органов.- М., 2000.
13. Шибяев Г.П., Куркин А.В. // Здравоохран. Казахстана. -1981. -№8. -С.59-61.

Поступила 28.09.04.

COMPLEX CONSERVATIVE TREATMENT OF NEPHROPTOSIS

A.V. Gudkov, A.V. Chikharev, U.S. Boshchenko

S u m m a r y

The efficiency of the developed complex of conservative methods of treatment of patients with nephroptosis as well as indications to the given treatment method are determined. Conservative treatment of 106 patients with nephroptosis included 10 procedures of treatment massage with manual reposition of kidneys, wearing supporting bandage and following recommendations on regime. Safety and high efficiency of this method are established: recovery came immediately after treatment in 80, 31 and 7% in I, II and III stages respectively, being retained within 12 months after onset in 67 and 22% of cases in I and II stages.