



УДК 616.61 - 007.42 : 616.61 - 002.5

В.Б. Полутин¹, С.В. Мешков¹, Е.Н. Варламова¹, А.В. Иванычева¹, О.В. Журкина²

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДВИЖНОСТЬ ПОЧЕК И ТУБЕРКУЛЕЗ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

*Самарский городской противотуберкулезный диспансер¹,
ул. Вольская, 76; СОКБ им. М.И. Калинина, ул. Ташкентская, 159;
Самарский государственный медицинский университет², г. Самара*

Нефроптоз — состояние патологической подвижности почки, превышающее ее 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, мочекаменной болезни и др. По статистическим данным, нефроптоз встречается у 1,54% женщин и 0,12% мужчин [7]. Внепочечный туберкулез (ТВС) является составной частью большой проблемы туберкулеза. Составляя в разных регионах России от нескольких процентов до трети от числа всех больных, туберкулез внепочечных локализаций выявляется, как правило, на поздних стадиях болезни и зачастую ведет к утрате функции пораженного органа. Особенностью современного развития мочевого туберкулеза является ранняя прогрессирующая утрата функций пораженных органов и систем. Поздняя диагностика заболевания снижает эффективность лечения и возможности реабилитационных мероприятий, чем обусловлен высокий процент выхода на инвалидность со стойкой утратой трудоспособности в первый год установления диагноза. Эффективное лечение каждого случая является центральным звеном в борьбе с туберкулезом [1].

Лечение туберкулеза преследует следующие цели:

1. Уничтожение микобактерий туберкулеза, где бы они ни находились.
2. Уничтожение так называемой вторичной патогенной микрофлоры.
3. Повышение сопротивляемости организма больного и создание условий для предотвращения повторного инфицирования.

Резюме

Данная статья посвящена актуальной проблеме — патологической подвижности почки (нефроптозу), осложненной туберкулезом. Наша задача — рассказать о возможных вариантах излечения от данного заболевания с возникшими осложнениями.

Ключевые слова: нефроптоз, эндохирurgicalический метод, нефропексия, туберкулез, лечение.

V.B. Polutin, S.V. Meshkov, E.N. Varlamova,
A.V. Ivanicheva, O.V. Jurkina

PATHOLOGICAL KIDNEY MOBILITY AND TUBERCULOSIS OF URINARY SYSTEM

*Samara Municipal TB dispensary;
Samara State Clinical Hospital after M.E. Kalinin;
Samara State medical university, Samara*

Summary

The article is devoted to the problem of pathological kidney mobility (nephroptosis) complicated by tuberculosis. The purpose of the article is to show all the possible variants of this disease treatment.

Key words: nephroptosis, endosurgery method, nephropexy, tuberculosis, medical treatment.

4. Возможно более полное восстановление функций поврежденного инфекцией органа.

Повышение эффективности лечения больных тесно связано с диагностикой начальных проявлений заболе-

Количество и возрастные категории больных с патологией мочевыводящей системы

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Итого
20-40	34	40	74
40-55	40	63	103
55-75	25	47	72
Всего	99	150	249

вания и своевременным началом адекватного лечения [1].

Материалы и методы

На диспансерном учете в городском противотуберкулезном диспансере в настоящее время состоит 249 больных с патологией мочевыводящей системы (таблица).

У 5 женщин, средний возраст 37,5 лет, с туберкулезом мочевыводящей системы при обследовании выявлено наличие патологической подвижности почек (нефроптоз) 3-4 ст. с нарушением уродинамики верхних мочевых путей. На фоне проводимого медикаментозного лечения, при нарушении уродинамики верхних мочевых путей при наличии нефроптоза, с развитием застоя мочи в чашечно-лоханочной системе, у всех наблюдаемых отмечались частые (3-4 раза в год) обострения хронического пиелонефрита, требующие медикаментозного лечения, у одной из наблюдаемых развился рецидив специфического инфекционного заболевания (ТВС) в единственной правой почке, потребовавший медикаментозного лечения. Показаниями для проведения хирургического вмешательства у данной группы больных явились следующие причины:

- неудовлетворенность результатами консервативной терапии (развитие рецидива);
- нарушение уродинамики верхних мочевых путей;
- патологическое место расположения почки.

Недостатки при выполнении нефропексии традиционным открытым способом:

- Травматичность.
- Заживление послеоперационной раны.
- Длительный восстановительный период после оперативного вмешательства.
- Возможность развития послеоперационных грыж.

Это подтолкнуло нас модифицировать метод нефропексии с целью улучшения надежности, малотравматичности, быстрого восстановительного периода, ликвидации рецидивов инфекционного заболевания. С 2005 по 2006 г. в урологическом отделении ПГД совместно с отделением эндохирургии СОКБ применяется методика фиксации нижнего полюса почки полипропиленовой сеткой (ППС) через поясничную мышцу, подкожно на уровне 1-го поясничного позвонка в паравертебральной области. При лапароскопическом вмешательстве полоской ППС оборачивается нижний полюс почки, одновременно проводится коррекция возможной патологической ротации почки, 2-3 нерассасывающимися (пролен 3-0) швами полоска фиксируется к передней поверхности почки, далее после кожного разреза в паравертебральной области через троакар свободный конец ППС выводится и фиксируется в подкожном слое. Таким образом почка оказывается «подвешенной» в полипропиленовом «гамачке».

Далее производится перитонизация, ушивание кожи. Длительность операции составляет 60-65 мин, кровопотеря минимальная в пределах 50-100 мл.

Результаты работы

Данным способом фиксации патологически подвижной почки из 5 больных оперировано 4, одна больная с нефроптозом единственной правой почки от оперативного лечения отказалась. У 4 больных при контрольном обследовании после оперативного и консервативного лечения, на основании клинических, лабораторных и рентгенологический данных, рецидива нефроптоза и рецидива туберкулеза не выявлено, согласно приказу МЗ РФ №109 2003 г. с диспансерного учета сняты по излечению. У больной, отказавшейся от оперативного лечения, в 2008 г. развился рецидив, подтвержденный культуральным методом, потребовавший курса лечения в первом режиме, при контрольном обследовании роста МБТ нет. Находится на диспансерном учете. По результатам проведенного лечения и наблюдения получен патент на изобретение № 2411916 RU (авторы С.В. Мешков, В.Б. Полутин, М.В. Галилей, О.В. Журкина).

Выводы

Таким образом, в предлагаемом способе лапароскопической нефропексии есть возможность, при необходимости, усилить или ослабить фиксацию почки. Данный способ может считаться надежным и позволит снизить количество рецидивов туберкулеза, нефроптоза.

Л и т е р а т у р а

1. Лечение туберкулеза: рек. для национальных программ. - 2-е изд. - Женева: ВОЗ, 1998.
2. Руководство по урологии [под ред. Н.А. Лопаткина]. - М., 1998. - 1739 с.
3. Грунд В.Д., Мочалова Т.П. Хирургическое лечение туберкулеза мочевой системы. - М., 1964.
4. Фрейдович А.И. Интенсивное комбинированное лечение туберкулеза. - М., 1977.
5. Фрейдович А.И. Клиническая фтизиоурология. - М., 2002. - С. 205-280.
6. Внелегочный туберкулез [под ред. А.В. Васильева]. - СПб., 2000. - С. 276-349.
7. Лопаткин Н.А. Урология. - 2002. - С. 71-88.
8. Крапивин Б.В., Давыдов А.А., Шульц В.Е. и др. Сравнительные ближайшие результаты открытой и лапароскопической нефропексии при симптоматическом нефроптозе // Эндоскопическая хирургия. - 2000. - №2. - С. 29-30.
9. Мат-лы X Рос. съезда урологов. - М., 2002. - С. 655; 684; 687; 742; 770; 814.
10. Rehman J., Hoenig D.M. Laparoscopic nephropexy. J. Endourol. - 2000. Dec; Vol. 14(10). - P. 881-887; discussion 887-888.
11. Plas E., Daha K., Riedl C.R. et al. Long-term followup after laparoscopic nephropexy for symptomatic nephroptosis. J.Urol. - 2001. Aug; Vol. 166(2). - P. 449-52.

Координаты для связи с авторами: Полутин Владимир Борисович — врач высшей категории, тел.: 8-917-159-98-45; Мешков Сергей Викторович — канд. мед. наук; Варламова Елена Николаевна — врач второй категории; Иванычева Анна Валерьевна — врач второй категории; Журкина Ольга Владимировна — доктор мед. наук.

