

Во время конференции был организован активный прием хирургов Якутии в Российское общество хирургов (РОХ). Прием в ряды РОХ осуществляли лично управделами Правления РОХ профессор Михаил Леонидович Таривердиев и координатор хирургических конгрессов Правления РОХ д.м.н. Роман Леонович Новиков. За два дня конференции в Российское общество хирургов вступило 82 хирурга со всех уголков необъятной Якутии.

Таким образом, участники межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирур-

гии Якутии», посвященной 75-летию профессора Алкивиада Исидоровича Иванова, приняли резолюцию:

1. Констатировать возросший уровень развития высокотехнологичных и малоинвазивных методов операций в хирургии Якутии.

2. В осуществление пунктов Указа Главы РС(Я) Борисова Е.А. от 22.08.2016 №1372 «О мерах по совершенствованию высокотехнологичных видов медицинской помощи и инноваций в Республике Саха(Якутия)» внедрить робот-ассистированную эндовидеохирургию в

Республике Саха (Якутия) в течение 2018 – 2019 гг.

3. Продолжить развитие трансплантологии и внедрение пересадки кадаверных органов в Республике Саха (Якутия);

4. Внедрить новую систему допуска хирургов к профессиональной деятельности через аккредитацию и вступление в Российское общество хирургов.

5. В рамках ежегодного международного конгресса «Экология и здоровье человека на Севере» организовать проведение очередного Съезда хирургов Республики Саха (Якутия) в ноябре 2017 г.

Председатель общества хирургов РС(Я),
заслуженный врач Российской Федерации и
Республики Саха(Якутия), д.м.н., профессор



М.М. Винокуров

А.В. Тобохов, В.Н. Николаев

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ВИСЦЕРОПТОЗОМ

УДК 616.61-007.42:616.348

По результатам комплексного обследования больных висцероптозом у 24,8% из них выявлен нефроптоз различной степени. Диагностические исследования включали в себя объективный осмотр, УЗИ почек, экскреторную урографию, данные анализов мочи. В статье представлены результаты проведенных исследований и их анализ. Показаны особенности диагностики нефроптоза у больных висцероптозом, взаимосвязь опущения почек с опущением ободочной кишки.

Ключевые слова: нефроптоз, колоннефроптоз, висцероптоз, экскреторная урография, пиелонефрит, хронический толстокишечный стаз.

The article presents the results of research and analysis. According to the results of a comprehensive survey in the visceroptosis patients 24.8% of them nephroptosis of varying degrees was diagnosed. Diagnostic studies included an objective examination, renal ultrasonography, excretory urography and urinalysis data. The features of the nephroptosis diagnosis in visceroptosis patients, the relationship of renal ptosis with omission of the colon are shown.

Keywords: nephroptosis, colonnephroptosis, visceroptosis, excretory urography, pyelonephritis, chronic colonic stasis.

Введение. Актуальность проблемы лечения нефроптоза подчеркивает высокая частота этого заболевания и в основном у лиц молодого и трудоспособного возраста. По данным современных авторов, нефроптоз составляет 2,65% среди урологических больных [1].

Вопрос, является ли нефроптоз самостоятельным заболеванием или частью висцероптоза, до сих пор не решен. Отсутствие единого взгляда на этиологию, патогенез нефроптоза привело к проблеме лечения. Консервативные методы лечения нефроптоза, к сожалению, оказались малоэффективными. Все вышесказанное

свидетельствует о большом социально-экономическом значении данной проблемы.

Материалы и методы исследования. Исследование почек проведено у 387 (71,7%) пациентов с висцероптозом. Изменения выявлены на основании объективного осмотра, УЗИ почек, экскреторной урографии, данных анализа мочи.

Результаты и обсуждение. Из приведенной таблицы видно, что нефроптоз выявлен нами у 96 (24,8%) обследованных больных. Следует отметить, что у 49 (51%) из 96 больных с нефроптозом первоначально была выявлена подвижность почки, а затем проведено исследование желудочно-кишечного тракта и при этом у всех пациентов диагностирован висцероптоз в различных вариантах. Во всех 96 случаях нефроптоз сочетался с опущением ободочной кишки, при этом

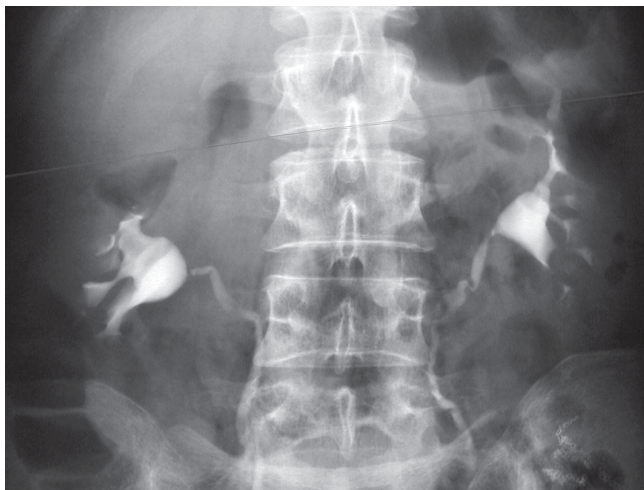
левосторонний нефроптоз – только с левосторонним и двухсторонний – с двухсторонним колоноптозом.

Многими исследователями нефроптоз рассматривается как изолированное заболевание, а сочетание

Изменения почек, выявленные у больных с висцероптозом

Нарушения	Всего N-387	
	абс.	%
Правосторонний нефроптоз	41	10,6
Двухсторонний нефроптоз	53	13,6
Левосторонний нефроптоз	2	0,5
Хронический пиелонефрит	213	55,0
Киста почки	12	3,1
Оксалурия	59	15,2
Уратурия	15	3,9

МИ СВФУ им. М.К. Аммосова: **ТОБОХОВ Александр Васильевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой, avtobohov@mail.ru, **НИКОЛАЕВ Владимир Николаевич** – к.м.н., доцент, w.nik@mail.ru.



Двухсторонний нефроптоз. Мочеточники с обеих сторон извитые из-за опущения почек

опущения почек с опущением желудка, толстой кишки, матки и других органов объясняют общей слабостью соединительной ткани, и в частности слабостью ее фасциальных пластинок [1, 3, 5]. Мы согласны с их мнением, но хотелось бы отметить роль подвижности ободочной кишки в патогенезе нефроптоза. Подвижность почки ограничивается рядом моментов, из которых главную роль играют сосудистая ножка, почечные фасции и внутрибрюшное давление. Сосуды почки могут удлиниться под влиянием частых натяжений или длительного ее смещения. Почки окружена футляром из листков пред- и позадипочечных фасций, которые сращены по латеральному краю и образуют суживающийся книзу раструб. Образованная фасциями полость заполнена жировой тканью (жировая капсула) и пронизана тонкими соединительнотканными перемычками между листками фасции и фиброзной капсулой почки. Воронкообразная форма фасциальной коробки, нормальный тонус фасциальных листков и достаточное развитие околопочечного жира также ограничивают подвижность почки. По нашему мнению, нормальное (мезоперитонеальное) расположение восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки также имеет значение как стабилизирующий фактор в ограничении подвижности почки. При интраперитонеальном расположении указанных отделов ободочной кишки и наличии у них брыжейки, по нашему мнению, освобождается забрюшинное клетчаточное пространство в поясничной области справа или слева, что ведет к снижению тонуса фасциальных листков и создает благоприятные условия для опущения почки и развития ее подвижности. Сочетание

опущения почек в 100% случаев с опущением ободочной кишки указывает на взаимосвязь этих процессов.

Диагностика нефроптоза имеет свои особенности. Обследование больных необходимо проводить полупозиционно. Как правило, при объективном осмотре больных в горизонтальном положении почка занимает нормальное анатомическое положение,

и выявить ее подвижность не удается. В положении стоя при нефроптозе пальпируется нижний полюс или вся подвижная почка. Определение подвижной почки затруднено при панвисцероптозе, когда опущенная печень покрывает внутренние органы. Для подтверждения диагноза обязательно проведение ультразвукового исследования и экскреторной урографии, которые позволяют выявить как анатомическое положение почек, так и изменения их функционального состояния.

При экскреторной урографии, выполненной 96 больным (рисунок), нефроптоз I степени выявлен у 12 (12,5%), II – у 54 (56,3%), III – у 30 (31,2%) пациентов. Снижение концентрационной способности почек, замедленное выделение рентгенконтрастного вещества, выявлено у 47 (48,9%), деформация чашечек и лоханок – у 29 (30,2%) больных с нефроптозом.

Изменения, свидетельствующие о воспалении, такие как увеличение количества лейкоцитов, наличие слизи, бактерий в анализах мочи, отмечены у 82 (85,4%) из 96 пациентов с нефроптозом.

При ультразвуковом исследовании почек выявлено уплотнение их паренхимы, при этом в большинстве случаев страдала подвижная почка. Правосторонний пиелонефрит диагностирован у 38 (39,6%), левосторонний – у 2 (2,1%), двухсторонний – у 42 (43,7%) пациентов с нефроптозом.

Нарушения функций почек у больных с хроническим толстокишечным стазом (ХТС) отмечают многие исследователи. С.Н. Наврузов (1988) выделяет почечную форму хронического толстокишечного стаза, а В.Г. Ус (1988) – почечную форму висцероптоза [2, 4]. Авторы считают изменения в ободоч-

ной кишке первичными, а явления пиелонефрита объясняют хронической эндогенной интоксикацией. В наших исследованиях хронический пиелонефрит выявлен у 213 (55%) из 387 обследованных больных, что подтверждено ультразвуковым исследованием и анализами мочи. При этом отмечается зависимость частоты выявления хронического пиелонефрита от степени хронического толстокишечного стаза. У пациентов с ХТС в стадии компенсации пиелонефрит выявлен в 27 (7%) наблюдениях, с ХТС в стадии субкомпенсации в 84 (21,7%) и с ХТС в стадии декомпенсации – в 102 (26,3%) наблюдениях.

Причинами пиелонефрита, по нашему мнению, в одних случаях является нефроптоз вследствие нарушения оттока мочи, а в других – хроническая эндогенная интоксикация, вызванная длительной задержкой кишечного содержимого, а, кроме того, совокупность указанных факторов.

Заключение. Высокая разрешающая способность экскреторной внутривенной урографии и ультразвукового исследования позволяет считать их основными и надежными методами диагностики нефроптоза, при помощи которых удалось выявить смещение почки вниз в 100% случаев от всех обследованных больных. Комплексный, обоснованный подход в выполнении диагностических исследований при коллононефроптозе позволяет повысить эффективность проводимого хирургического лечения.

Литература

1. Лопаткин Н.А. Нефроптоз: руководство по клинической урологии / Н.А. Лопаткин. – М.: Медицина, 1998. – С. 320-339.
2. Лопаткин Н.А. Nephroptosis: A Guide to Clinical Urology / N. A. Lopatkin. – М.: Medicina, 1998. – р. 320-339.
3. Наврузов С.Н. Лечение больных толстокишечным стазом / С.Н. Наврузов // Вестник хирургии. – 1988. – №9. – С.123-127.
4. Наврузов С.Н. Treatment of patients with colonic stasis / S.N. Navruzov // Journal of Surgery. – 1988. – №9. – р. 123-127.
5. Нефрология: национальное руководство / под ред. Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 705 с.
6. Nephrology: national guide / ed. N.A. Muhin. – М.: GEHOTAR-MED. – 2009. – 705 p.
7. Ус В.Г. Висцероптоз (клиника, диагностика, лечение): дис. ... д-ра мед. наук / В.Г. Ус. – М., 1987. – 320 с.
8. Ус В.Г. Visceroptosis (clinic, diagnostics, treatment): MD Diss. / V.G. Us. – М., 1987. – 320 p.
9. Small incision access retroperitoneoscopic technique (smart) for pyelo-plasty / A.S. Gözen, G. Pini, M. Schulze, J. Rassweiler // J. Urol. – 2011. – Vol. 185, Iss. 4. – P. e837.