

Шестаковский А.И., Бавильский В.Ф., Зимин Ф.Н.

Новые подходы к лечению внутрисуставных переломов проксимального отдела большеберцовой кости

Кафедра урологии факультета послевузовского дополнительного профессионального образования Челябинской государственной медицинской академии; Отделение урологии городской клинической больницы №5, г. Челябинск

Shestakovskiy A.I., Bavilskiy V.F., Zimin F.N.

Efficacy of nephropexy through a mini-access according to our modification of the rivoir-pytel-lopatkin method

Резюме

Нефропексия, выполненная до развития осложнений, позволяет получать хорошие ближайшие и отдаленные результаты. Анализ операций у 250 пациентов с нефроптозом по различным методикам показал, что нефропексия Ривоир-Пытеля-Лопаткина в нашей модификации из мини-доступа менее травматична и позволяет поднимать пациентов на второй день после операции.

Ключевые слова: нефроптоз, оперативное лечение, нефропексия.

Summary

Nephropexy performed before any complications have developed permits achieving good nearest and remote results. Analysis of operations in 250 patients with nephroptosis according to various methods has demonstrated that Rivoir-Pytel-Lopatkin nephropexy performed according to our modification through a mini-access is less traumatic and makes it possible to allow the patients to rise on the 2nd day after the operation.

Keywords: nephroptosis, operative treatment, nephropexy.

Введение

Актуальность проблемы лечения нефроптоза определяется тем, что этим заболеванием преимущественно страдают женщины молодого, трудоспособного возраста, нередко эта патология приводит к длительной потере трудоспособности и даже к инвалидизации. Нефроптоз может осложняться хроническим пиелонефритом, симптоматической артериальной гипертензией, гематурией, усиливающейся при физической нагрузке, астеническим синдромом.

Консервативных методов лечения нефроптоза не существует. Результаты оперативного лечения его не всегда удовлетворительны. По-прежнему дискутируются показания к операциям и выбор метода оперативного пособия [3, 8]. Одни [1, 5, 9] считают, что операцию следует выполнить до развития осложнений, другие полагают, что именно осложнения являются показанием к оперативному лечению. Не прекращается поиск более совершенных и менее инвазивных технологий оперативного лечения нефроптоза [10, 11]. Предложенный и запатентованный А.Ю. Чиглинцевым и А.Г. Лейсле 1995г. способ нефропексии брюшинно-фасциальным лоскутом хотя и является

эффективным, все же травматичен, так как предусматривает вскрытие брюшной полости.

Наш предшествующий опыт 1981-1991 гг. применения метода Ривоира в модификации А.Я. Пытеля и А.Я. Лопаткина у 248 пациентов, которых мы оперировали в основном по поводу осложненного нефроптоза, позволил получить положительный результат лишь у 154 (62%) пациентов.

Учитывая изложенное, мы поставили перед собой цель разработать подходы и модифицировать способ нефропексии, способствующие улучшению ближайших и отдаленных результатов лечения нефроптоза.

Материалы и методы

Работа основана на анализе результатов обследования, оперативного лечения и динамического наблюдения в послеоперационном периоде 250 пациентов с нефроптозом с патологически подвижной почкой.

Из 250 наблюдавшихся больных женщин было 242 (96,8%), мужчин 8 (3,2%) человек. Преобладали пациентки в возрасте от 20 до 30 лет - 150 (60%) человек. Правосторонний нефроптоз диагностирован у 210 (84%) паци-

ентов. Длительность заболевания от 6 месяцев до 3-х лет была у 202 человек, что составило 80,8 %.

Все больные, в зависимости от метода оперативного лечения были разделены на 2 группы. Основную группу составили 152 пациента, которым была выполнена операция Ривoir-Пытеля-Лопаткина в нашей модификации (Патент №2190963 от 20/Х 02г. «Способ фиксации почки при нефроптозе»). Группа контроля - 98 пациентов - почка фиксирована по общепринятой методике А.Я. Пытеля — Н.А. Лопаткина. Каждая из групп, в зависимости от доступа к почке (люмботомия или минидоступ) разделена на 2 подгруппы (Таблица 1). Из представленной таблицы видно, что группы сравнения сопоставимы по возрасту и полу: преобладают женщины от 20 до 35 лет.

Этапы операции Ривoir-Пытеля-Лопаткина в нашей модификации:

I-й этап. Выкраивание лоскута из большой поясничной мышцы. При наличии малой поясничной мышцы, последнюю использовали полностью. Размеры лоскута 10x2 см.

II-й этап. Фиксация мышечного лоскута к почке. Особенностью данного этапа, в отличие от операции по методике Пытеля-Лопаткина, является то, что мы не создавали протяженный тоннель по задней поверхности, нижнему полюсу и передней поверхности почки, а фиксировали ее суб- и супракапсулярно через узкий тоннель по передней поверхности почки под фиброзной капсулой, и отдельными кетгутowymi швами снаружи той же капсулы. Основным моментом данной фиксации, повлиявшим на её выбор, явилось более простая и технически легче выполняемая фиксация лоскута при мини-доступе, чем проведение лоскута и фиксация его через тоннель по методике Пытеля-Лопаткина.

III-й этап. Фиксация почки за мышечный лоскут кетгутовой лигатурой к 12 ребру. Особенностью данного этапа является то, что мышца вплотную не подводится к 12 ребру, благодаря чему жёсткая фиксация осуществляется лишь в ближайший послеоперационный период до рассасывания кетгутовой лигатуры. Это позволяет рано активизировать больных, разрешая им ходить на 2 день после операции.

Перед оперативным лечением больные проходили обследование:

1. Анкетирование по предложенной нам анкете до и после операции
2. Обзорная и экскреторная урография
3. Ультразвуковое сканирование почек
4. Эходоплерографические исследования сосудов почек
5. Радионуклидные исследования
6. Артерио- и венография сосудов почек при наличии показаний

Математическая обработка результатов проведенных исследований проведена компьютерной программой по критерию Вилкоксона.

Результаты и обсуждение

По результатам анкетирования до операции постоянный болевой синдром или усиление боли каждую неделю отметили 168 (67%) пациентов, из них боли как слабые оценили 49 (29%), средней степени выраженности - 86 (51%), сильные боли - 34 (20%) пациента. Боли, возникающие 1 раз в месяц, отметили 44 (18%), из них слабые - 3 (3%), средней степени - 17 (38%) и сильные - 24 (55%) пациента. Боли возникающие 1 раз в 3-6 месяцев отметили 29 (12%), из них слабые 2 (7%), средней степени 9 (31%) и сильные 18 (62%) пациентов. Боли отсутствовали у 20 (8%) пациентов. Таким образом, у пациентов с нефроптозом боли в основном носят постоянный характер, преимущественно средней степени выраженности, а при редком появлении (1 раз в месяц и реже) боли возникают преимущественно по типу почечной колики.

Гематурию (преимущественно микрогематурию) отметили 30 (12%) пациентов. Повышение артериального давления отметили 73 (29%) пациента.

Усиление боли при физической нагрузке отметили 225 (90%) пациентов, из них постоянную зависимость болевого симптома от нагрузки отметили 113 (50%), возникновение боли 1 раз в неделю 65 (29%), 1 раз в 3-6 месяцев 47 (21%) пациентов. Усиление боли при переходе в вертикальное положение, к вечеру (к концу рабочего

Таблица 1. Характеристика пациентов в выделенных группах по возрасту и полу

Возраст	Количество пациентов, оперированные по разным методам (количество, %)				М	Ж
	Основная группа n = 152		Группа контроля n = 98			
	I По Ривoir – Пытелю - Лопаткину в нашей модификации (люмботомия)	II По Ривoir – Пытелю - Лопаткину в нашей модификации (минидоступ)	III По Ривoir-Пытелю – Лопаткину (люмботомия)	IV По Ривoir-Пытелю – Лопаткину (минидоступ)		
20-25	23 (34,2%)	28 (32,94%)	26 (32,94%)	5 (26,24%)	2	80
26-30	19 (28,44%)	24 (28,3%)	22 (27,94%)	3 (15,84%)	4	64
31-35	10 (14,9%)	12 (14,1%)	11 (13,9%)	4 (21,1%)	2	35
36-40	8 (11,9%)	12 (14,1%)	9 (11,4%)	3 (15,8%)	-	32
41-45	5 (7,6%)	9 (10,6%)	8 (10,1%)	4 (21,1%)	-	26
46-50	2 (3,0%)	-	3 (3,8%)	-	-	5
Всего	67	85	79	19	8	242

Таблица 2. Характеристика операций по разным методам и раннего послеоперационного периода

Контрольная группа n	Метод оперативного лечения	Количество больных	Средняя длина разреза, см	Длительность операции, минуты	Сроки активизации больного, сутки	Количество дней использования анальгетиков	Среднее количество отделяемого по дренажу, мл	Сроки стояния дренажа	Средний койко-день
Основная группа n 152	Ривoir-Пытель-Лопаткин в нашей модификации люмботомия	67	12,1±0,5	51,2±0,5	1,5±0,4	4,0±0,2	65,2±1,5	3,5±0,1	11,0±2,5
	Ривoir-Пытель-Лопаткин в нашей модификации минидоступ	85	3,5±0,5	62,5±2,5	1,0±0,1	2,0±0,1	20,0±1,5	2,0±0,1	8,0±2,5
Контрольная группа n 98	Пытель-Лопаткин люмботомия	79	12,1±0,5	50,7±2,5	4,0±0,2	4,2±0,2	60,1±1,5	3,5±0,1	12,0±2,5
	Пытель-Лопаткин люмботомия	19	3,5±0,5	62,6±2,5	2,5±0,1	2,0±0,1	20,0±2,5	2,0±0,1	8,5±0,1

Таблица 3. Характеристика послеоперационных осложнений после операций по разным методам

Контрольная группа (98 пациентов)	Основная группа (152 пациента)	Метод оперативного лечения	Количество больных	Острая задержка мочи	Острый пиелонефрит или обострение хронического	Легочные осложнения	Болезни сердца	Воспаление послеоперационной раны	Общий процент осложнений
Контрольная группа (98 пациентов)	Основная группа (152 пациента)	Ривoir-Пытель-Лопаткин в нашей модификации люмботомия	67	4 (6%)	2 (3%)	1 (1,5%)	5 (7,5%)	1 (1,5%)	13 (19%)
		Ривoir-Пытель-Лопаткин в нашей модификации минидоступ	85	2 (2%)	-	-	-	-	2 (2%)
Контрольная группа (98 пациентов)	Основная группа (152 пациента)	Всего	152	6 (4%)	2 (1,3%)	1 (0,7%)	5 (3,3%)	1 (0,7%)	15 (9,7%)
		Пытель-Лопаткин люмботомия	79	6 (7,6%)	3 (3,8%)	4 (5%)	4 (5%)	1 (1,3%)	18 (22,8%)
		Пытель-Лопаткин люмботомия	19	4 (21%)	-	-	-	-	4 (21%)
		Всего	98	10 (10,2%)	3 (3%)	4 (4%)	4 (4%)	1 (1%)	22 (22,4%)

дня) и уменьшение боли в горизонтальном положении отметили 190 (76%) пациентов.

Наличие клиники пиелонефрита с характерными воспалительными признаками (повышение температуры тела, усиление болей, лейкоцитурия) отметили 26 (9%), из них 1 раз в месяц у 10 (4%), 1 раз в 3-6 месяцев 13 (5%) пациентов.

Из 250 обследованных пациентов стандартная экскреторная урография проведена у 218 больных, у 32 - инфузионная экскреторная урография с форсированием диуреза. В 250 наблюдениях был выявлен нефроптоз с патологически подвижной почкой. Причём у 215 (86%) пациентов подвижность почки была больше одного поясничного позвонка, а у 35 (14%) - подвижность была менее одного позвонка, но при этом определялись рентгенологические признаки патологической подвижности почки.

Задержка выведения контрастного раствора (нарушение выделительной функции почки различной степени выраженности) отмечена в 186 (74%) наблюдениях. У 70 больных нарушение выделительной функции по данным

внутривенной урографии не выявлено. В 122 наблюдениях имелась рентгенологическая картина хронического пиелонефрита (деформация ЧЛС и т.д.), в 3 случаях выявлены рентгенонегативные камни в чашечках.

Показатели, характеризующие особенности операции и ранний послеоперационный период представлены в таблице 2.

Из таблицы следует, что средняя длина разреза и длительность операции при минидоступах в основной и контрольной группах практически одинаковы, тот же результат наблюдается при люмботомических доступах. Сроки активизации больных после операции по нашей методике из минидоступа в сравнении с методикой Ривoir-Пытеля-Лопаткина из минидоступа в среднем на 1,5 суток меньше, при сравнении обеих методик при люмботомическом доступе в среднем на 2,5 суток меньше по нашей методике. Сроки использования анальгетиков в послеоперационном периоде и количество отделяемого по дренажам в основной и контрольной группах одинаковы, причем потребность больного в обезболива-

нии при применении минидоступов на 2 суток меньше. Та же закономерность наблюдается при определении среднего количества отделяемого по дренажам и срокам стояния дренажей. при минидоступах в основной и контрольной группах она на 1,5 суток меньше, чем при люмботомии. При оценке среднего послеоперационного койко-дня показатели в основной группе несколько меньше, причем при минидоступе он на 3-3,5 суток короче.

Контрольная экскреторная урография на 12-е сутки после нефропексии по Ривоюру-Пытеля-Лопаткину в нашей модификации произведена 6 пациентам. Во всех 6-и наблюдениях нефроптоз с патологической подвижностью был устранён и сохранена физиологическая подвижность почки. Исследование специально проводилось с целью оценки восстановления физиологической подвижности почки после жёсткой фиксации кетгуттовой нитью по нашей методике. Восстановление физиологической подвижности почки подтверждает положения о том, что жесткая фиксация сохраняется на период рассасывания кетгуттовой лигатуры (10- 12 суток).

Как видно из таблицы 3, общая частота осложнений в основной группе на 12% меньше, чем в контрольной. Послеоперационный болевой синдром с одинаковой частотой встречался в обеих группах. Острая задержка моченспуска в контрольной группе наблюдалась у 10 пациентов и составила 10,2%, а в основной 6 (4%). Легочные осложнения в основной группе 1(0,7%), а в контрольной 4 (4%). Воспаление послеоперационной раны встречалось в обеих группах с одинаковой частотой, в основной группе у 1 (1,5%), в контрольной 1 (1,3%).

В результате более ранней активизации больных в основной группе отмечается уменьшение частоты легочных осложнений, острой задержки мочи, острого пиелонефрита и обострения хронического пиелонефрита. Общее количество осложнений в основной группе составило 15 (9,7%), в контрольной 22 (22,4%). На основании полученных данных можно сделать заключение о том, что операция по Ривоюру-Пытелю-Лопаткину в нашей модификации сопровождается меньшим числом осложнений и является предпочтительной особенно при выполнении ее из минидоступа.

Отдалённые результаты (через 1 год после операции) также оценены по данным экскреторной урографии у 109 пациентов, из них в основной группе у 80 пациентов, в контрольной у 29 пациентов. Данных за рецидив в обеих группах не выявлено.

Для оперативного лечения нефроптоза предложено более 300 методов нефропексии. Методика, предложенная А.Я. Пытелем и Н.А. Лопаткиным (1965г.) является наиболее физиологической, надёжной и общепринятой в нашей стране.

Предлагая нашу модификацию методики Пытеля-Лопаткина, мы исходили из следующих важных, на наш взгляд, положений:

1) Отсутствие жёсткой фиксации при нефропексии по методу Пытеля - Лопаткина не исключает возможности ротации почки вокруг своей оси, особенно в раннем послеоперационном периоде, когда почка ещё не фиксирована

рыхлыми спайками. Ротация возможна при возникновении любых видов повышения внутрибрюшного давления (рвота, кашель, ранняя активизация больного).

2) Отсутствие жёсткой фиксации в раннем послеоперационном периоде позволяет рано активизировать пациентов с целью ликвидации застойных явлений в лёгких, что является профилактикой послеоперационной пневмонии, а также способствует восстановлению мочеиспускания, следовательно, позволит избежать катетеризации и инфицирования мочевых путей.

3) Жёсткая фиксация необходима только на первые 10-12 дней, пока не образуются спайки, препятствующие ротации оперированной почки.

4) 10-12 дней время необходимое для рассасывания кетгуттовой лигатуры, которая применяется нами для жёсткой фиксации почки к 12 ребру по методике Ривоира при операции Пытеля - Лопаткина.

Наши наблюдения согласуются с данными литературы [2, 4, 7] о том, что четким показанием для нефропексии при нефроптозе являются рентгенологические и экдопелерографические признаки патологически подвижной почки до развития осложнений. Осложнения нефроптоза (хронический пиелонефрит, симптоматическая артериальная гипертензия) следует считать дополнительными показаниями к операции, но с менее благоприятным прогнозом. Об этом свидетельствуют наши материалы о том, что нефропексия, выполненная до развития осложнений, даёт одинаково хорошие результаты как по методике Пытеля-Лопаткина, так и в соответствии с предложенной нами модификацией [4, 6]. Меньшая травматичность минидоступов для операции на почках установлена рядом авторов [12, 13]. Кратковременность жесткой фиксации почки, которая заканчивается после рассасывания кетгуттовой лигатуры, является дополнительным аргументом в пользу разработанной и запатентованной нами модификации операции нефропексии по методике Пытеля-Лопаткина и подтверждается проведенными нами исследованиями, и это направление исследований можно считать перспективным.

Выводы

Таким образом, операция нефропексия, выполненная до развития осложнений нефроптоза, позволяет получать хорошие ближайшие и отдаленные результаты при использовании метода Пытеля-Лопаткина и в нашей модификации. Применение разработанной нами модификации из минидоступа позволяет в более ранние сроки активизировать пациентов, что способствует достоверному снижению частоты послеоперационных осложнений. Кратковременность жесткой фиксации при выполнении операций по методике Пытеля-Лопаткина в нашей модификации способствует быстрому восстановлению физиологической активности почки, что подтверждено нами контрольными рентгеноконтрастными и экдопелерографическими исследованиями. ■

Шестаковский А.И. - ординатор, отделение урологии и оперативной андрологии городской клинической больницы №5; Бавильский В.Ф. - д.м.н., зав. отделением

урологии городской клинической больницы №5, г. Челябинск: **Зимин Ф.Н.** Автор, ответственный за переписку - **Шестаковский Александр Иванович**, г. Челябинск, 454108, ул. Тухачевского 8а – 52. Тел. служебный: 264-14-71, 266-75-36. Тел. домашний: 730-21-79, тел. сотовый: 8-902-8-98-96-98.

Литература:

1. Мирошниченко В.И. - Этапы диагностических исследований в распознавании нефроптоза Тезисы докладов X обл. научно-практической конференции хирургов г. Свердловск 1984 с 80-81.
2. Бавильский В.Ф., Шестаковский А.И., Саетов М.Н., Плаксин О.Ф., Суворов А.В., Кандалов А.М. Нефроптоз-показания к операции. Сборник научно-практических работ. Челябинск 2002г. с 18-22
3. Екимски В. Патологически подвижные почки. Вестник рентгенологии и радиологии 1981 №2 с59-62.
4. НИ.Тарасов, АЮ.Чигляцев. Нефроптоз, диагностика, нефропексия с применением лоскута аутобрюшины на ножке. Учебное пособие для врачей-курсантов. Челябинск 1995г. 17 с.
5. Бавильский В.Ф., Шестаковский А.И., Саетов М.Н., Плаксин О.Ф., Суворов А.В., Кандалов А.М. Результаты оперативного лечения нефроптоза по методу Ривоир-Пытель-Лопаткина в нашей модификации. Челябинск 2002г. с 22-25.
6. Пытель А.Я., Лопаткин Н.А. Об операции Ривоир и ее модификации как наиболее физиологичных способах нефропексии. Урология и нефрология 1966, №1 с.3.
7. Федорченко П.М. Показания к нефропексии. Урология. Киев, Изд. здоровье. 1968, с. 155.
8. Федорченко П.М. Нефроптоз. Клиника, диагностика и лечение. Автореф. дисс. докт. мед. наук Киев 1967.
9. Rivoir J Chirurg, 1954, 25, p 270-273/ N.J.Barber, P.M. Thompson// Nephroptosis and Nephropexy – Hung Up on the Past?, European Urology 46(2004) p428-433.
10. Мирошниченко В.И. Клиническая и трудовая реабилитация больных нефроптозом после хирургического лечения. Автореферат дисс. на соискание ученой степени к.м.н. Москва 1987г.
11. Баженов И.В. Малоинвазивные открытые ретроперитонеоскопические операции при некоторых урологических заболеваниях почек. Автореферат дисс. на соискание ученой степени доктора мед. наук Москва 2003г.
12. Зырянов А.В. Ретроперитонеальные малоинвазивные операции при стриктуре лоханочно-мочеточникового сегмента. Автореферат дисс. на соискание ученой степени доктора мед. наук Москва 2003г.
13. Журавлев О.В. Малоинвазивная ретроперитонеоскопическая уретеролитотомия. Автореферат дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук Москва 2003г.