

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОПТОЗА В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Н.М. Русинко², Е.А. Квятковский³,
Т.А. Квятковская¹, Е.П. Украинец⁴, В.Н. Краснов⁴, Н.Ю. Полион¹*

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровское 12ТМО» ДООС

³ КУ «Днепропетровская ГКБ№9» ДООС

⁴ КУ «Д ОКБ им. Мечникова» ДООС

Побудительным мотивом, заставившим нас поделиться некоторыми размышлениями о принципах диагностики нефроптоза, стало элементарное незнание жалоб, звеньев патогенеза, клиники, диагностики этого заболевания как большинством участковых и семейных врачей, так и многих урологов, работающих в КДО второго уровня и урологических стационарах.

В период реформирования системы здравоохранения в приказном порядке диагностика многих хирургических и урологических заболеваний возложена на врачей первичного уровня (участковых и семейных врачей). Однако они оказались не в состоянии профессионально оценить жалобы многих пациентов и, соответственно, во время и по назначению направлять пациентов к узким специалистам второго и третьего уровней, что зачастую приводит к запоздалой диагностике заболеваний хирургического и урологического профилей. С внедрением в клиническую практику компьютерной и магнитно-резонансной томографии многие урологи стали злоупотреблять этими методами исследования, забывая, что «золотым стандартом» в выявлении нефроптоза является экскреторная урография, выполненная в горизонтальном и вертикальном положениях. В большинстве случаев урологи не принимают участие в проведении экскреторной урографии, доверяя ее выполнение рентгенологам, которые фактически не знают, какую информацию хочет получить уролог от исследования.

Все эти причины организационного и профессионального характера приводят к тому, что такое распространенное заболевание как нефроптоз выявляется намного реже, чем 10–20 лет назад, что в итоге приводит к осложнениям: ренальная гипертония, воспалительные заболевания почек и мочевых путей, мочекаменная болезнь, стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточников, гидронефротическая трансформация.

Нефроптоз – весьма распространенное заболевание, особенно у женщин 20–50 лет. Под

нефроптозом (опущение почки) понимают такое патологическое состояние, при котором почка смещается со своего ложа за пределы физиологической подвижности. Одни специалисты считают нефроптоз заболеванием, другие – врожденной аномалией. Более правильно, по мнению А.В. Терещенко (1985 г.), называть это заболевание не опущением почки или нефроптозом, а патологически подвижной почкой, поскольку речь идет не только о смещении вниз, но и о ее повороте вокруг переднезадней, вертикальной и поперечной осей.

Этиология, патогенез и проблема лечения нефроптоза до настоящего времени окончательно не изучены, нет единства взглядов на определение показаний к операции и выбора методов оперативного лечения.

Описано более 300 методов и вариантов нефропексии, подавляющее большинство из них не являются физиологичными, так как не обеспечивают фиксации почки или лишают ее естественной подвижности.

Частота заболеваний среди женщин в 20 раз больше, чем среди мужчин. Опущение правой почки встречается в 4–6 раз чаще, чем левой. У детей опущение почки встречается во всех возрастах, чаще всего в возрасте 8–14 лет.

Большинство авторов считает, что нефроптоз является результатом врожденной слабости фиксирующего аппарата почки в сочетании с воздействием внешних факторов.

Почка обладает тремя видами подвижности: респираторной (амплитуда движения от 1,5–3 см до 3–5 см), статической (1–2 см) и пальпаторной (3–5 см). Подвижность почки больше этих пределов считают патологическим явлением – сверхподвижностью, нефроптозом.

Можно выделить 4 стадии нефроптоза:

- I стадия – прощупывается нижний полюс почки;
- II стадия – прощупывается вся почка;
- III стадия – почка опускается в таз и свободно перемещается во все стороны;

– IV стадия – ротация (поворот) почки вокруг продольной или поперечной оси.

Бывает подвижный и фиксированный (посттравматический) нефроптоз. Мочеточник при опущении почки искривляется, образуя перегибы, что приводит в дальнейшем к развитию уретерогидронефроза. Опущенная почка очень часто внешне изменяется: чаще всего бывает уменьшенной, изредка – несколько увеличенной в результате развившегося гидронефроза. Макроскопически такая почка часто имеет ложно-дольчатое строение. Во время операции на поверхности ее фиброзной капсулы мы всегда наблюдали очаги склероза в виде белых пятен или помутнений и часто – рубцовые втяжения. Сама почка пальпаторно дрябловатой консистенции из-за уменьшения толщины паренхимы. Мы считаем, что нет патологически подвижной почки со здоровой паренхимой. В таких почках практически всегда развиваются явления хронического пиелонефрита.

Клиническая картина нефроптоза без изменений со стороны гемо- и уродинамики у детей и взрослых – скудная. Нередко опущение почки обнаруживается случайно при осмотре пациентов по поводу других заболеваний. Эти больные жалуются на тупую боль в поясничной области больше справа или животе, усиливающуюся при физнагрузке, быстрой ходьбе, тряской езде, кашле и т.д. У них появляется общая слабость, недомогание, исхудание, повышение АД, психическая депрессия, неврастения, утомляемость, микро- и макрогематурия.

Распознавание нефроптоза основывается на жалобах пациентов, данных их осмотра, пальпации почек, результатах лабораторной и инструментальной диагностики. Проведение полипозиционной пальпации живота позволяет выявить подвижность и смещаемость почки. В анализах мочи при нефроптозе определяется микрогематурия, протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия.

До настоящего времени среди урологов нет четкого мнения о роли ультра-звуковой диагностики (УЗИ) в своевременном выявлении нефроптоза. Нами ежегодно проводится 1000–1100 УЗИ органов мочевой системы (Е.А. Квятковский). При этом мы ежегодно выявляем 25–30 случаев нефроптоза в подавляющем большинстве у женщин. За 10 лет нами выявлено по данным УЗИ 285 случаев нефроптоза, из них в 209 случаях (73,3%) нефроптоз был правосторонним, в 42 случаях (14,7%) – левосторонним и в 34 случаях (12%) – двухсторонним.

Для своевременно выявления нефроптоза УЗИ почек необходимо проводить как в горизонтальном, так и в вертикальном положении

пациента. Это должно стать алгоритмом исследования. Важно при этом на кожу наносить метку расположения датчика. Это позволяет поочередно расположить датчик симметрично с обеих сторон. Проводить исследование необходимо при глубоком вдохе с задержкой дыхания и соответствующей отметкой визором контура почки на экране. При одновременном выведении на экран двух изображений с отметками визором при нефроптозе уже визуально определяется асимметрия расположения изображений почки относительно линий раздела эхограмм. При нефроптозе это смещение при глубоком вдохе, как правило, превышает 4–5 см.

В 7,7% случаев нефроптоза при УЗИ выявляется нарушение уродинамики в виде пиелоэктазии, гидрокаликоза, гидронефроза. Лучше всего нарушение уродинамики при УЗИ выявляется в вертикальном положении пациента после физической нагрузки: ходьбы, бега на месте.

Проведение УЗДГ сосудов почек необходимо для визуализации сосудистого русла почки, определения показателей кровотока и степени нарушения почечной гемодинамики. Экскреторная урография при нефроптозе позволяет оценить степень патологического опущения почки по отношению к поясничным позвонкам, ротацию почки.

Диагноз опущенной, патологически подвижной почки может считаться достоверным только после рентгеноурологического исследования.

Основным условием исследования пациентов при подозрении на нефроптоз является производство экскреторных урограмм в горизонтальном и вертикальном положении пациента. После укладки пациента на спину на рентгенологический стол заставляем его приподнять нижние конечности и таз и подвигать ими с целью смещения почек максимально вверх, в поддиафрагмальное пространство.

Наличие тени почки и верхних мочевых путей на урограммах, произведенных в горизонтальном и вертикальном положении больного, позволяет установить значительное смещение почки, нижний полюс которой может располагаться на уровне верхнего края подвздошной кости и даже ниже его.

Мобильная и опущенная почка наряду со смещением вниз обычно поворачивается вокруг вертикальной и переднезадней осей. Верхний полюс перемещается кнаружи и книзу, а вся почка поворачивается вокруг своей длинной оси; лоханка при этом перемещается кпереди. Это зависит от того, что при нефроптозе единствен-

ным удерживающим почку образованием является почечная ножка, которая расположена спереди и соответственно этому происходит такой поворот. Помимо этого, почка нередко смещается вокруг своей поперечной оси, в силу чего нижний полюс чаще всего бывает обращен кпереди и поэтому на рентгенограмме за счет большего удаления его от плоскости рентгенологической пленки тень нижнего полюса почки будет значительно больше по размерам, чем верхнего. Это следует иметь в виду, чтобы не допустить диагностической ошибки, тем более что урограмма при нефроптозе может напоминать картину, характерную для опухолевых процессов. Во избежание этого в таких случаях следует произвести урографию и в положении больного на животе. При этом нижний полюс будет располагаться ближе к рентгенпленке и при сравнении с предыдущим снимком его размеры будут значительно меньше.

Характерным рентгенологическим признаком нефроптоза является превращение лоханочно-мочеточникового угла из тупого в более острый. В далеко зашедших стадиях нефроптоза нижний край лоханки проходит параллельно мочеточнику.

Нередко на урограмме наряду с нефроптозом обнаруживаются признаки, характерные для так называемых добавочных сосудов почки, в виде линейных дефектов наполнения, чаще всего в области лоханочно-мочеточникового сегмента. Эти сосуды при нефроптозе по существу являются не добавочными, а смещенными на лоханку в результате значительного опущения и ротации почки. Следовательно, это приобретенная, а не врожденная сосудистая деформация.

Весьма характерным для нефроптоза симптомом на урограммах является своеобразное изменение мочеточника. Он становится как бы излишне длинным, содержит изгибы и даже пет-

ли. Это особенно хорошо видно на урограммах, выполненных в вертикальном положении больного. Вследствие нарушенного тонуса мочеточника он изменяет свой вид преимущественно в верхней трети, приобретая вид буквы S или цифры 4. Важным признаком нефроптоза является расширение верхних мочевых путей, чему способствует нарушенный пассаж мочи из чашечно-лоханочной системы, за счет перегиба мочеточника, особенно при вертикальном положении больного.

Опущенная и повернутая вокруг своих осей почка дает характерное изменение чашечно-лоханочного изображения, которое напоминает вид «плакучей ивы». При наличии расширения чашечно-лоханочной системы следует произвести урографию и в более поздние сроки, с тем чтобы убедиться в нарушенном пассаже мочи, на что будет указывать задержка контрастного вещества в лоханке.

Рентгенологическую картину нефроптоза следует прежде всего дифференцировать с поясничной или тазовой дистопией почки, при которой лоханка и чашечки имеют аномальное расположение, направлены кнутри и, кроме этого, укороченный мочеточник не имеет изгибов и коленчатости, свойственных опущенной, мобильной почке. Далее при урографии, произведенной в горизонтальном и вертикальном положении больного, дистопированная почка смещается обычно весьма незначительно.

Подытожив все вышеизложенное, можно отметить, что основным диагностическим методом по выявлению нефроптоза врачом-урологом является рентгеноурологическое обследование пациентов, выполненное в положении лежа и стоя (после физической нагрузки). Экскреторная урография позволяет своевременно диагностировать данную патологию и направлять пациентов для проведения оперативного лечения.

РОЛЬ ГИДАТИД МОРГАНЬИ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ РЕАКТИВНОГО ГИДРОЦЕЛЕ. ТАКТИКА УРОЛОГА

В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Т.А. Квятковская¹, Е.А. Квятковский³, Н.М. Русинко²

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровское 12 ТМО» ДООС

³ КУ «Днепропетровская ГКБ № 9» ДООС

Реактивная водянка оболочки яичка возникает при травмах мошонки и промежности, перекруте яичка, воспалительных заболеваниях

органов мошонки, нарушении лимфатического оттока от мошонки при герниопластиках и варикоцеле, вазэктомиях, при циррозах пе-