

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С НЕФРОПТОЗОМ

В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Н.Ю. Полион¹

¹ Днепропетровский государственный медицинский университет

² КНП «Городская больница №12» Днепропетровского городского совета

Период вынашивания ребенка – самое прекрасное и одновременно самое трудное время для будущей мамы. В этот период в женском организме зарождается новая жизнь, он начинает изменяться, а под действием возрастающих нагрузок обнаруживаются различные заболевания, которые до беременности никак себя не проявляли. Одной из таких часто встречающихся патологий, с которыми сталкиваются будущие мамы, является нефроптоз.

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 гипертензия, воспалительные заболева-

ния почек и мочевых путей, мочекаменная болезнь, стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточников, гидронефротическая трансформация.

Нефроптоз – весьма распространенное заболевание, особенно у женщин в возрасте 20–50 лет. Под нефроптозом (опущение почки, патологическая подвижность почки, *ren mobile*) понимают такое патологическое состояние, при котором почка смещается со своего ложа за пределы физиологической подвижности. Одни специалисты считают нефроптоз заболеванием, другие – врожденной аномалией. Частота заболеваний среди женщин в 20 раз больше, чем среди мужчин. Опушение 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 считают, что нефроптоз – это результат врожденной слабости фиксирующего аппарата почки в сочетании с воздействием внешних факторов. Если нарушается целостность связывающего аппарата или уменьшается количество жировой ткани вокруг почки в капсуле, или происходит то и другое одновременно, то почка начинает свободно перемещаться в околопочечном пространстве и под своей тяжестью опускается вниз.

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.

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.

В процессе смещения почки наиболее серьезные изменения происходят в сосудах ее ножки и в мочеточнике. При нефроптозе изменяется угол отхождения почечной артерии от аорты и впадение почечной вены в нижнюю полую вену с практически прямого до острого. Чем больше опущена почка, тем острее угол отхождения почечных сосудов. При этом происходит растяже-

ние, удлинение и уменьшение диаметра сосудов. Уменьшенный приток артериальной крови к почке и выраженный венозный стаз в ней при вертикальном положении тела вызывают значительную гипоксию почечной паренхимы, нарушая ее функцию и способствуя продукции гипертензивных агентов.

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 в 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.

При отсутствии нарушений часто отмечается бессимптомное течение или маловыраженные симптомы в виде болей в поясничной области, функциональные расстройства нервной системы, сопутствующие желудочно-кишечные расстройства. Возникновение симптомов со стороны нервной системы и желудочно-кишечного тракта связано с рефлекторным раздражением солнечного, брыжеечного, парааортального и других нервных сплетений при опущении почки. Самыми грозными осложнениями нефроптоза являются: пиелонефрит, нефрогенная гипертония, гидронефроз и форникальное кровотечение.

Особенности течения нефроптоза при беременности:

- нефроптоз не является противопоказанием для вынашивания беременности;
- боли в спине могут присоединяться и усиливаться с увеличением срока беременности;
- во время беременности пациентке с нефроптозом необходим регулярный контроль общего анализа мочи;
- единственным инструментальным методом диагностики нефроптоза у беременных является ультразвуковое обследование;
- при нарушении оттока мочи или изменениях в ее составе показана консультация уролога для решения вопроса стентирования патологически подвижной почки;

– при присоединении пиелонефрита – госпитализация в специализированное отделение патологии беременности;

– рекомендуются ношение специального бандажа и упражнения, разгружающие и укрепляющие мышечный пресс;

– при нефроптозе, впервые диагностированном в период беременности, основная цель – предупреждение и снятие болевого синдрома путем ношения бандажа для беременных. Вопрос об оперативном лечении предпринимается в послеродовом периоде.

До настоящего времени среди урологов нет четкого мнения о роли ультразвуковой 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%) – двусторонним.

Для своевременного 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 визиром контура почки на экране. При одновременном выведении на экран двух изображений с отметками визиром 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.

В период беременности основным методом диагностики нефроптоза является УЗИ, выполнен-

ное в I и III триместрах беременности, что дает возможность выявить отрицательную динамику функционирования нефроптозной почки. При нарастании явлений уретерогидро-нефроза показано стентирование нефроптозной почки с целью восстановления нормального пассажа мочи. Наличие нефроптоза не является противопоказанием для вынашивания беременности. В случае диагностированного нефроптоза III с выраженным гидронефрозом показано оперативное разрешение беременности методом кесарева сечения. В послеродовом периоде таким пациенткам показано полное урологическое и рентген урологическое обследование. И при подтверждении диагноза «Нефроптоз» рекомендовано оперативное лечение (нефропексия).

Под нашим наблюдением находилось 55 беременных с нефроптозом, диагностированным до наступления беременности, и 25 беременных, которым была выполнена нефропексия до наступления беременности. У 10 беременных во втором триместре диагностирован правосторонний гидронефроз II степени. С целью улучшения оттока мочи из заблокированной почки этим пациенткам были установлены стенты длительного нахождения в верхних мочевых путях. С профилактической целью им был назначен Уропривит по 1 капс. х 2 раза в сутки в течение 4 месяцев или Канефрон Н по 2 табл. х 3 раза в сутки – 3 месяца. У всех пациенток с нефроптозом произошли физиологические роды. В послеродовом периоде им проведено комплексное урологическое и рентгенурологическое обследование.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО «БАКТЕРИАЛЬНОГО» ПРОСТАТИТА (ХБП) И ПРОСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ (П/СХТБ)

С.Л. Чеканов ¹, Набхан Ахмед ²

¹ Одесский национальный медицинский университет

² Медицинский центр Chek-up, Одесса

Проблемы дифференциальной диагностики хронического «бактериального» простатита (ХБП) и простатического синдрома хронической тазовой боли П/СХТБ, учитывая количество таких пациентов как никогда актуальны, что предопределяет весь комплекс последующих лечебно-диагностических мероприятий.

Принципиальным есть вопрос о характере болевого синдрома в простате невоспалительный (нейропатический) или воспалительный, а последний инфекционный или нет, что напрямую предопределяет клинический диагноз, выбор метода лечения и влияет на результаты терапии данной сложной группы пациентов. При этом общепринятым определяющим критерием дифференциальной диагностики этих по сути различных нозоформ является однократное исследование секрета предстательной железы (мочи после массажа простаты), что по нашим данным абсолютно недостаточно, и в большинстве случаев не позволяет выявить этиопатогенетическую форму заболевания.

Материалы и методы. С 2002 по 2018 год под нашим наблюдением находились 486 пациентов

от 16 до 67 лет (средний возраст $34,8 \pm 5,2$ года). На первичном приеме всем пациентам выполняется сбор анамнеза, анкетирование (NIH-CPSI), IPSS, AMS, (PSA total, free, УФМ по показаниям). УЗИ простаты с доплерографией сосудов и семенных пузырьков, органов мошонки, почек. Экспресс цитологическое исследование соскоба из уретры, средней порции мочи, секрета простаты, ПЦР диагностика и бактериологические исследования отделяемого половых органов. Критериями исключения были – подозрение на РПЖ, неврологическая патология, заболевания аноректальной области. У всех пациентов был выявлен невоспалительный П/СХТБ при первичном обследовании. При комплексном подходе, опираясь на исследование УЗИ, данные пальпации простаты у пациентов были заподозрены обструктивные процессы в простате и (– или) семенных пузырьках. Пациентам было предложено комплексное дренирование простатических ацинусов по нашей оригинальной методике.

Основная группа (286 пациентов) – получала комплексное дренирование (включавшее фер-