

УДК 617.553

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ НЕФРОПЕКСИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОПЛАСТИКИ И СИНТЕТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА****Митрошин А.Н., Никольский А.В., Никольский В.И., Климашевич А.В.***Пензенский государственный университет, Пенза, e-mail: pmisurg@gmail.com*

Проведено сравнительное изучение клинико-статистических особенностей хирургического вмешательства, послеоперационного периода и качества жизни больных после нефропексии с использованием аутопластики и синтетического имплантата. В исследование включено 76 пациентов с нефроптозом: 27 больных, оперированных по методу Ривоира–Пытеля по видоизмененной методике Н.А. Лопаткина, и 49 человек, которым произведена лапароскопическая нефропексия с использованием полипропиленовой сетки. Выяснено, что, несмотря на более длительное пребывание в стационаре, большую продолжительность болевого синдрома и температурной реакции у больных, оперированных открытым способом, не выявлено статистически достоверных различий с группой пациентов, оперированных лапароскопически. У 51 % процента больных через 2–3 года после нефропексии изучены показатели качества жизни. Анализ анкет не выявил статистически значимых различий качества жизни пациентов после аутопластики и использования синтетических материалов в лечении больных нефроптозом.

**Ключевые слова:** нефроптоз, нефропексия, метод Ривоира–Пытеля, проленовая сетка**COMPARATIVE ASSESSMENT OF FEATURES OF SURGICAL INTERVENTION, THE POSTOPERATIVE PERIOD AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER NEFROPEKSIYA WITH USE OF THE AUTOPLASTY AND THE SYNTHETIC IMPLANT****Mitroshin A.N., Nikol'skij A.V., Nikol'skij V.I., Klimashevich A.V.***Penza state University, Penza, e-mail: pmisurg@gmail.com*

Comparative investigation of clinical and statistical features of surgery, post-operative period and quality of life of patients, after nephropexy using autoplasty and synthetic implant. The study included included 76 patients with нефроптозом: 27 patients operated by the method of Rivoir-Pytel by a modified method N.A. Lopatkin, and 49 persons, who have laparoscopic nephropexy using polypropylene mesh. Found that, despite a longer stay in hospital, the duration of pain and temperature response in patients operated in an open way, not statistically reliable differences from group of patients, operated laparoscopically. In 51 % of patients in 2–3 years after nephropexy studied quality of life indicators. Analysis of the questionnaires revealed no statistically significant differences in the quality of life of patients after autoplasty and use of any synthetic materials in treatment of patients nephroptosis.

**Keywords:** nephroptosis, nephropexy, method Rivoir-Pytel, Prolene mesh

Нефроптоз – одно из заболеваний, редко встречаемое в урологической практике. Особое внимание к нефроптозу объясняется не только с его частотой, но и с тем, что до сих пор не существует единой точки зрения на этиопатогенез заболевания, развитие осложнений и способов лечения. Консервативная терапия эффективна только у 13,6% пациентов, а проблема хирургического лечения больных с нефроптозом не может считаться решенной. Несмотря на существование более 300 методов фиксации почки, эта операция все еще нуждается в оптимизации. Обилие предлагаемых способов оперативного лечения нефроптоза говорит об актуальности и нерешенности данной проблемы, отсутствии единого метода, который бы удовлетворял и больного, и хирурга [1, 2, 8].

Сегодня повсеместное распространение получили как аутопластические методы, так и технологии с использованием синтетических материалов. В настоящее время для

фиксации патологически подвижной почки используют собственную мышцу (метод Ривоира–Пытеля по видоизмененной методике Н.А. Лопаткина), проленовую сетку, нерассасывающийся шовный материал, имплантаты из никелида титана [4, 8, 9, 10, 11]. Однако наряду со значительным прогрессом, достигнутым при использовании гетерогенных материалов в современной хирургии, их применение вызвало развитие ряда специфических осложнений [13, 14].

Результативность конкретного вида лечения не только с позиций врача, но и с позиций пациента позволяет оценить изучение качества жизни [12]. Для практических целей сформулировано понятие – «связанное со здоровьем качество жизни» (СЗКЖ), которое появилось в Index Medicus в 1977 году и в настоящее время широко используется в медицине [5, 6, 7]. Инструменты оценки качества жизни – общие и специфические опросники. Российскими исследователями Межнационального

центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург) в 1998 г. была создана русскоязычная версия опросника SF-36. Исследование качества жизни больных урологического профиля с помощью этого опросника до начала и после лечения позволяет осуществлять индивидуальный мониторинг КЖ отдельного пациента и при появлении отклонений от определенных стандартных пределов течения периода после окончания лечения, выявлять причину и степень отклонений с соответствующей коррекцией лечения [3].

**Цель исследования** – провести сравнительное изучение клинико-статистических особенностей хирургического вмешательства, послеоперационного периода и качества жизни больных после нефропексии с использованием аутопластики и синтетического имплантата.

В исследование включено 76 пациентов с нефроптозом:

1 группа – 27 больных, оперированных по методу Ривоира-Пытеля по видоизмененной методике Н.А. Лопаткина;

2 группа – 49 человек, которым произведена лапароскопическая нефропексия с использованием полипропиленовой сетки «Линтекс» производства г. Санкт-Петербург. Имплантаты фиксировали к окружающим тканям полипропиленовой нитью «Пролен» 4/0.

Диагноз нефроптоза верифицировали клинически и с использованием инструментальных методов: всем больным проводили ультразвуковое исследование и экскреторную урографию. Пациентов информировали о существующих методах хирургического лечения нефроптоза и получали письменное согласие на участие в исследовании.

В соответствии с классификацией ВОЗ для взрослых (1980 г.) пациенты в зависимости от возраста разделены на следующие группы: 18–24 года – 17 (22,4%) больных, 25–35 лет – 52 (68,4%) человека, 36–45 лет – 7 (9,2%) пациентов. Распределение больных по полу и возрасту представлено в табл. 1.

**Таблица 1**

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст, годы					
	1 группа, n = 27		2 группа, n = 49		
	Абс.	%	Абс.	%	
18–24	7	25,9	10	20,4	
25–35	18	66,7	34	69,4	
36–45	2	9,2	5	10,2	
Всего	27	100	49	100	
Пол					
	1 группа, n = 27		2 группа, n = 49		
	Абс.	%	Абс.	%	
Ж	24	88,9	Ж	43	87,8
М	3	11,1	М	6	12,2
Всего	27	100	Всего	49	100

Средний возраст больных в группах наблюдения составил 27,8 лет.

Сопутствующие заболевания выявлены у 14 (18,4%) больных: фибромиома матки – у 1 (1,3%) больной, хронический панкреатит – у 1 (1,3%) пациента, вегетососудистая дистония по гипотоническому типу – у 4 (5,3%) больных, по смешанному типу – у 1 (1,3%) человека, киста печени – у 1 (1,3%), артериальная гипертензия – у 4 (5,3%), аутоиммунный тиреоидит – у 1 (1,3%), хронической обструктивной болезнью легких страдал 1 пациент (1,3%).

Среди обследованных больных учащих было 5 (6,5%) человек, студентов – 11 (14,5%), работающих – 44 (57,9%), не работали 16 (21,1%) пациентов.

В 1 группе больных нефроптоз 2 степени выявлен у 18 (66,7%) больных, нефроптоз 3 степени – у 9 (33,3%) больных; во 2 группе пациентов нефроптоз 2 степени определяли у 51 (67,1%) пациента, 3 степени – у 25 человек (32,9%).

Односторонний нефроптоз в 1 группе больных выявлен у 22 (81,5%) больных, двухсторонний – у 5 (18,5%) пациентов; во 2 группе односторонний нефроптоз наблюдали у 65 (85,5%) больных, двухсторонний – у 11 (14,5%) человек.

Показатели, характеризующие особенности течения операции и послеоперационного периода, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Клинико-статистические показатели особенностей операции и послеоперационного периода

Показатель	1 группа, n = 27	2 группа, n = 49	p
Общий койко-день, дни	14,6 ± 2,3	9,2 ± 2,5	> 0,05
Послеоперационный койко-день, дни	10,8 ± 2,2	7,2 ± 1,9	> 0,05
Продолжительность операции, мин	73,8 ± 15,5	80,5 ± 27,7	> 0,05
Продолжительность наркоза, мин	95,2 ± 16,4	97,4 ± 26,5	> 0,05
Количество перевязок	10,7 ± 2,0	6,7 ± 1,6	> 0,05
Продолжительность болевого синдрома, дни	4,2 ± 2,5	3,8 ± 1,6	> 0,05
Продолжительность температурной реакции, дни	5,3 ± 2,4	3,0 ± 1,7	> 0,05

Анализируя данные, приведенные в таблице, можно сделать вывод, что, несмотря на более длительное пребывание в стационаре, сложности, возникающие в послеоперационном периоде (продолжительность болевого синдрома и температурной реакции), статистически достоверных различий не было выявлено.

Изучить качество жизни пациентов, оперированных по поводу нефроптоза, удалось в 51% случаев. В исследование включено 39 человек: 18 пациентам (1а группа) выполнена нефропексия по методу Ривоира–Пытеля, 21 больному (2а группа) проведена лапароскопическая нефропексия с использованием пропиленовой сетки. Ретроспективно (через 2–3 года после операции) проведена оценка качества жизни с помощью русифицированного специализированного опросника «SF-36v2TM Health Status Survey» (Новик А.А., Ионова Т.И., 2002). Обработка результатов выполнена в соответствии с прилагающейся к опроснику инструкцией. Полученные данные обработаны статистически с использованием t-критерия Стьюдента (различия статистически достоверны при  $p < 0,05$ ). У всех больных перед операцией диагностирован нефроптоз 2–3 степени.

В ходе исследования выявлены более низкие показатели КЖ в группе больных, оперированных по методу Ривоира–Пытеля по шкалам «интенсивность боли» ( $77,6 \pm 17,6$  баллов – 1а группа,  $82,3 \pm 13,7$  балла – 2а группа,  $p > 0,05$ ); «жизненная активность» ( $53,7 \pm 18,6$  и  $59,8 \pm 19,5$  баллов соответственно,  $p > 0,05$ ); «социальное функционирование» ( $65,4 \pm 17,6$  балла – 1а группа,  $70,2 \pm 18,2$  баллов – 2а группа,  $p > 0,05$ ) и «психическое здоровье» ( $65,8 \pm 15,3$  баллов и  $73,5 \pm 16,9$  балла соответственно,  $p > 0,05$ ). При оценке показателей по шкалам «физическое функционирование» ( $82,5 \pm 13,7$  – 1а группа и  $82,4 \pm 10,6$  балла – 2а группа,  $p > 0,05$ ), «общее состояние здоровья» ( $63,3 \pm 21,3$  и  $64,6 \pm 17,1$  балла), «ро-

левое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ( $49,9 \pm 33,2$  и  $50,4 \pm 26,0$  баллов) не выявлено различий в группах наблюдения. Значение показателя шкалы «ролевое функционирование» было выше у пациентов, оперированных открытым способом ( $80,6 \pm 17,3$  и  $71,4 \pm 23,8$  балла,  $p > 0,05$ ).

Таким образом, проведенное исследование не выявило статистически значимых различий качества жизни пациентов после аутопластики и использования синтетических материалов в лечении больных нефроптозом.

**Вывод:** проведенное исследование показывает, что простота выполнения нефропексии с использованием синтетических материалов, легкость послеоперационного периода и основные характеристики качества жизни после эндоскопических операций по сравнению с аутопластикой сильно преувеличены.

### Список литературы

1. Андрейчиков А.В. Нефроптоз (возрастные аспекты этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, профилактики и лечения: дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 1988. – 212 с.
2. Ахмадеев Р.И. Способ хирургического лечения нефроптоза // Здоровоохранение Башкортостана. – 2000. – № 3. – С. 66.
3. Кудряшова И.В. Ранняя диагностика хронического панкреатита с позиции использования ультразвуковой томографии и индекса качества жизни: учебно-методические рекомендации. – Смоленск, 2003. – 21 с.
4. Мешков С.В., Полутин В.Б., Кривошеков Е.П. Лапароскопическая нефропексия. – Самара, 2002. – 119 с.
5. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 139 с.
6. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Издательский Дом «Нева»; – М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. – 320 с.
7. Сафронов А.А. Научное обоснование оптимизации оказания консультативно-диагностической помощи больным урологического профиля: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 30 с.
8. Отдаленные результаты оперативного лечения больных с патологически подвижной почкой / Т.Д. Томусяк,

Ф.И. Мамчур, Н.В. Зеляк и др. // Урол. и нефрол. – 1993. – № 3. – С. 11–13.

9. Таукунов М.Т., Домбровская Е.А. К модификации нефропексии мышечным лоскутом при нефроптозе // Вестник хирургии им. Грекова. – 1981. – № 2. – С. 61–65.

10. Ширанов А.Б. Хирургический и эндохирургический способы лечения нефроптоза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов-на-Дону, 2000. – 16 с.

11. Нефропексия с использованием сверхэластичного пористого никелида титана / С.И. Шкуратов, В.Э. Гюнтер, Е.О. Крживоблоцкий и др. // Урология. – 2006. – № 6. – С. 51–56.

12. Шульц В.Е., Крапивин Б.В., Давыдов А.А. Осложнения в лапароскопической урологии и их профилактика: руководство для урологов и эндохирургов. – М.: МИА, 2007. – 106 с.

13. Amid P.K. Surgical treatment of chronic groin and testicular pain after laparoscopic and open preperitoneal inguinal hernia repair / P.K. Amid, D.C. Chen // J Am Coll Surg. – 2011 Oct. – № 213(4). – P. 531–536.

14. Delikoukos S. Re-operation due to severe late-onset persisting groin pain following anterior inguinal hernia repair with mesh. / Delikoukos S., Fafoulakis F., Christodoulidis G., Theodoropoulos T., Hatzitheofilou C. // Hernia. – 2008 Dec. – № 12(6). – P. 593–595.

15. Williams G.H. Assessing patients wellness: new perspectives on quality of life and compliance // AJH. – 1998. – Vol. 1. – № 11–2. – P. 186–191.

### References

1. Andrejchikov A.V. Nefroptoz (vozrastnye aspekty jetiologii, patogeneza, kliniki, diagnostiki, profilaktiki i lechenija: dis...kand. med. nauk. Krasnojarsk, 1988. 212 p.

2. Ahmadeev R.I. Sposob hirurgicheskogo lechenija nefroptoza // Zdravoohranenie Bashkortostana. 2000. no. 3. pp. 66.

3. Kudrjashova I.V. Rannaja diagnostika hronicheskogo pankreatita s pozicii ispol'zovanija ul'trazvukovoj tomografii i indeksa kachestva zhizni: uchebno-metodicheskie rekomendacii. Smolensk, 2003. 21 p.

4. Novik A.A. Konceptija issledovanija kachestva zhizni v medicine / Novik A.A., Ionova T.I., Kajnd P. Sankt-Peterburg: JeLBI, 1999. 139 p.

5. Novik A.A. Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicine. SPb.: Izdatel'skij Dom «Neva»; M.: «OLMA-PRESS» Zvezdnyj mir, 2002. 320 p.

6. Safronov A.A. Nauchnoe obosnovanie optimizacii okazanija konsul'tativno-diagnosticheskoj pomoshhi bol'nym uro-

logicheskogo profilja: Avtoref. dis. kand. med. nauk. Moskva, 2008. 30 p.

7. Tomusjak T.D. Otdalennye rezul'taty operativnogo lechenija bol'nyh s patologicheski podvizhnoj pochkoj / T.D. Tomusjak, F.I. Mamchur, N.V. Zeljak i dr. // Urol. i nefrol. 1993. no. 3. pp. 11–13.

8. Taukenov M.T., Dombrovskaja E.A. K modifikacii nefropeksii myshechnym loskutom pri nefroptoze // Vestnik hirurгии im. Grekova. 1981. no. 2. pp. 61–65.

9. Shul'c V.E., Krapivin B.V., Davydov A.A. Oslozhenija v laparoskopicheskoj urologii i ih profilaktika: rukovodstvo dlja urologov i jendo-hirurgov. M.: MIA, 2007. 106 p.

10. Shiranov A.B. Hirurgicheskij i jendohirurgicheskij sposoby lechenija nefroptoza: Avtoref. dis. kand. med. nauk. Rostov-na-Donu, 2000. 16 p.

11. Meshkov C.B., Polutin V.B., Krivoshjokov E.P. Laparoskopicheskaja nefropeksija. Samara, 2002. 119 p.

12. Shkuratov S.I. Nefropeksija s ispol'zovaniem sverhjelastichnogo poristogo nikelida titana / S.I. Shkuratov, V.Je. Gjunter, E.O. Krzhivoblockij i dr. // Urologija. 2006. no. 6. pp. 51–56.

13. Amid P.K. Surgical treatment of chronic groin and testicular pain after laparoscopic and open preperitoneal inguinal hernia repair / Amid P.K., Chen D.C. // J Am Coll Surg. 2011 Oct. 213(4). pp. 531–536.

14. Delikoukos S. Re-operation due to severe late-onset persisting groin pain following anterior inguinal hernia repair with mesh. / Delikoukos S., Fafoulakis F., Christodoulidis G., Theodoropoulos T., Hatzitheofilou C. // Hernia. 2008 Dec; 12(6). pp. 593–595.

15. Williams G.H. Assessing patients wellness: new perspectives on quality of life and compliance // AJH 1998. Vol. 1. no. 11–2. pp. 186–191.

### Рецензенты:

Сиваконь С.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой «Травматология, ортопедия и военно-экстремальная медицина», ГОУ ВПО «Пензенский государственный университет», медицинский институт (Минобрнауки России), г. Пенза;

Ивачев А.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой «Хирургия» ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» (Минобрнауки России), г. Пенза.

Работа поступила в редакцию 07.08.2013.