 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**Державна установа**

**„ІНСТИТУТ УРОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ”**

**ЮСЕФ СУЛЕЙМАН МОХ’Д ХАЖ СУЛЕЙМАН**

УДК 616.61-007.42-089.844:611.736

**ЛАПАРОСКОПіЧнА НЕФРОПЕКСіЯ**

**З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОЛЕНОВОї СІТКИ**

14.01.06 - Урологія

**Автореферат**

дисертації

на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ - 2009 р.

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Донецькому Національному медичному університеті ім М.Горького.

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор

**Серняк Юрій Петрович,**

Донецький Національний медичний університет ім М.Горького,

професор кафедри комбустіології, пластичної хірургії та урології

**Офіційні опоненти:** член-кореспондент АМНУ,

доктор медичних наук, професор

Возіанов Сергій Олександрович,

ДУ «Інститут урології АМН України»,

завідувач відділу рентген-

ендоурології і літотрипсії

доктор медичних наук, професор

Пепенін Володимир Розумникович

Луганський державний

медичний університет МОЗ України

професор кафедри урології

та онкології

Захист відбудеться «\_ \_» \_\_\_\_\_ 2009 р. о \_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.615.01 Державної установи „Інститут урології АМН України” за адресою: м Київ, вул. Ю. Коцюбинського, 9-а.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державної установи „Інститут урології АМН України” за адресою: м Київ, вул. Ю. Коцюбинського, 9-а.

Автореферат розісланий «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

кандидат медичних наук Л.М.Старцева

# ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

# Актуальність теми**. До цього часу хірургічне лікування нефроптозу є проблемою, яка до кінця ще не вирішена. Відомо, що дане захворювання характеризується високою частотою, особливо у жінок - до 1,54%, поширеністю серед осіб молодого і працездатного віку - від 20 до 40 років (Чухриенко Д. П. , 1972, Glowacki L. S., 2002, Kumar R. 2000). Нефроптоз нерідко супроводжується розвитком ускладнень у нирці, інших органах і системах (Пытель А.Я.,1965; Волкова В.С., 1976; Лудянский Э.А.,1980). Без своєчасного лікування прогноз при цьому захворюванні може виявитись несприятливим і привести до втрати працездатності майже у 20% хворих. Консервативне лікування патологічно рухливої нирки, як правило, неефективне (Лопаткин Н. А., 1996, Gill I. S., 2001).**

На сьогоднішній день основним, раціональним і провідним методом лікування нефроптозу і пов'язаних з ним ускладнень є органозберігаюча пластична операція на патологічно рухливій нирці - нефропексія (Журавлев В. Н. , 1988, Fahlenkamp D., 1999). Численність існуючих методів нефропексії свідкує про те, що до цього часу не знайдено спосіб, який би повністю задовольняв хірурга і хворого (Fornara P., 2003). Прогрес сучасної хірургії створює сприятливі передумови до подальшого розвитку мінімально травматичного органозберігаючого напрямку при операціях на нирці за рахунок малоінвазивних та ендоскопічних оперативних методів нефропексії (Абоян И. А., 2004, Wyler S. F., 2005).

Констатуючи той факт, що розвиток малоінвазивної, малотравматичної хірургії є нині одним із пріоритетних напрямків медичної науки і практики, метод і техніка нефропексії з використанням сучасної лапароскопічної техніки, а також показання до цієї операції розроблені недостатньо.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація виконана згідно з планом НДР Донецького Національного медичного університету МОЗ України і є фрагментом комплексної теми «Малоінвазивні засоби діагностики та лікування в урології» (№ держ. реєстрації № 0197U01398). Дисертант є її співвиконавцем. Тема дисертації затверджена на засіданні вченої ради Донецького Національного медичного університету МОЗ України (протокол № 17 від 06.10.07). Проведена біоетична експертиза дисертаційного дослідження (протокол №4 від 20.04.06).

**МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ:** підвищення ефективності лікування та реабілітації хворих на нефроптоз шляхом використання лапароскопічної нефропексії, що поєднує атравматичний хірургічний доступ з відсутністю травми м'язів поперекової ділянки і протяжного післяопераційного рубця з нормалізацією синтопії нирки, надійною її фіксацією та відновленням фізіологічної рухливості органа.

**ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

1. Вивчити стан хворих і функціональний стан нирки при нефроптозі.
2. Провести експериментальне обґрунтування використання проленової сітки при нефропексії, вивчити морфологічні особливості паренхіми нирки, м'язової тканини, оточуючих тканин у різні терміни після операції. Обґрунтувати і впровадити в клінічну практику метод лапароскопічної фіксації нирки з використанням проленової сітки у хворих на нефроптоз.
3. Розробити показання до використання розробленого методу нефропексії на підставі вивчення особливості захворювання, найближчих і віддалених результатів лікування.
4. Провести порівняльну оцінку ефективності загальноприйнятої хірургічної методики лікування нефроптозу і лапароскопічної нефропексії.
5. Вивчити питання медико-соціальної реабілітації хворих після нефропексії з використанням лапароскопічної нефропексії.

**Об'єкт дослідження:** пацієнтки з нефроптозом I, II, III ступеня.

**Предмет дослідження:** наявність нефроптозу з відповідною патологічною симптоматикою, методи корекції опущення нирки, результати оперативних втручань.

**Методи дослідження:** лабораторне загальноклінічне, біохімічне та мікробіологічне обстеження, оглядова та екскреторна урографія, радіоізотопна ренографія і сцинтіграфія, допплерографія. Статистичні процедури включали засоби описової статистики та критерії розходження, які дозволяли проводити необхідний статистичний аналіз клінічних даних.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Вперше доведена ефективність нефропексії з використанням проленової сітки на підставі порівняння даних рентгенологічного, допплерографічного, радіоізотопного обстеження до і після оперативного втручання, а також проведення порівняння віддалених результатів після лапароскопічної операції і нефропексії за методом Rivoir.

Морфологічними дослідженнями після виконання експериментальної нефропексії на тваринах доведено, що вже на 10 добу має місце надійна фіксація сітки до м’язів і поверхні нирки. При використанні проленової сітки є відсутнім негативний вплив алотрансплантата на ниркову паренхіму, паранефральні тканини, м’язові структури. При дослідженні стану фіксації сітки на 90 добу визначено, що склеротичні зміни в оточуючих сітку і нирку тканинах не виражені, носять оборотний характер, у зв'язку з цим зберігається фізіологічна рухливість органа. Вперше доведено, що міцність проленової сітки є такою, що дозволяє уникнути рецидивів захворювання і досягти надійної фіксації органа.

Вперше на підставі проведення рентгенологічного аналізу ортостатичної і дихальної рухливості нирки, ультразвукового сканування і допплерографічного дослідження, виконання реносцинтіграфії доведено, що завдяки лапароскопічній нефропексії з використанням проленової сітки у пацієнток з нефроптозом стає можливим відновлення нормального анатомо-топографічного положення нирки, її рухомості, а також відбувається нормалізація ниркового кровообігу.

На підставі аналізу клінічної картини захворювання, особливостей проведення оперативного втручання, віддалених результатів лікування доведено, що використання малоінвазивного методу нефропексії є обґрунтованим не тільки для лікування ускладнених форм захворювання, але й при початкових стадіях нефроптоза.

**Практичне значення отриманих результатів.** Аналіз виконання лапароскопічної нефропексії з використанням проленової сітки, безпосередні та віддалені результати операції показали її високу ефективність. Ця малоінвазивна операція при симптоматичному нефроптозі (при наявності стандартного лапароскопічного устаткування) може бути освоєна і виконуватись в урологічних стаціонарах.

Застосування даного методу лапароскопічної нефропексії, а також найбільш раціональних способів післяопераційного ведення хворих у післяопераційному періоді, зокрема ранньої активізації хворої, використання комплексу заходів щодо профілактики рецидиву нефроптозу, лікування ускладнень пов'язаних з наявністю патологічно рухливої нирки, дозволяє значно поліпшити результати лікування, скоротити строки перебування в стаціонарі та відновлення працездатності хворих на нефроптоз.

Лапароскопічна нефропексія з використанням проленової сітки при нефроптозі дозволила уникнути незадовільних результатів у 100% пацієнток.

**Особистий внесок здобувача.** Ідея роботи запропонована науковим керівником. Дисертаційна робота повністю виконана дисертантом. Ним особисто вивчено історії хвороби, клінічний і статистичний аналіз даних до- і післяопераційного обстеження 106 пацієнток з патологічно рухливою ниркою. Проведено експериментально-морфологічне обґрунтування лапароскопічної нефропексії з використанням проленової сітки в експерименті на 9 безпородних собаках. Проведено аналіз даних топографічної анатомії при нефроптозі з наступним обґрунтуванням методу лапароскопічної фіксації нирки. Дисертант брав безпосередню участь у веденні пацієнток з нефроптозом, брав участь в оперативному лікуванні як асистент і самостійно виконував операції.

Особисто автором досліджено вплив запропонованого хірургічного й реабілітаційного лікування терапії на нормалізацію даних променевої діагностики, клініко-лабораторних показників, проведено аналіз отриманих результатів.

**Апробація результатів дисертації.**  Основні положення дисертації та результати наукових досліджень повідомлені й обговорені на засіданні Асоціації урологів (м. Донецьк, 2005, 2006, 2008 рр.), Асоціації лікарів акушерів-гінекологів (м. Донецьк, 2007 рр.), 70-й міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених, Донецьк, 2008, Республіканській конференції «Актуальні проблеми урології», Харків, 2007.

**Впровадження результатів дослідження.** Результати дисертаційної роботи впроваджено в клінічну практику урологічного відділення Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання, урологічних відділень міських лікарень Донецька, Дніпропетровська, Єнакієва, Макіївки, Маріуполя. Матеріали дисертації використані в лекціях для лікарів-курсантів кафедри комбустіології пластичної хірургії та урології, кафедри акушерства та гінекології Донецького Національного медичного університету МОЗ України.

**Публікації.** Основні положення дисертації відображені в 5 наукових роботах, із них 3 статті опубліковані в фахових наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, 2 тез доповідей.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація виконана на 147 сторінках комп'ютерного набору і складається із вступу, огляду літератури, викладення матеріалів і методів досліджень, 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку літератури. Бібліографічний покажчик містить 146 джерел, із яких 76 латиницею. Робота ілюстрована 24 таблицями та 29 рисунками, містить 5 формул.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** У роботі проведено аналіз даних обстеження, вивчено безпосередні і віддалені результати лікування 106 пацієнток із правостороннім нефроптозом. Першу групу склали 42 хворих, яким була виконана нефропексія з лапароскопічного доступу з використанням проленової сітки. До другої групи увійшли 64 пацієнтки, яким фіксація патологічно рухливої нирки виконана за методом Rivoir у модифікації А.Я. Пытеля й Н.А. Лопаткина. Контрольну групу склали 37 практично здорових жінок, у яких була відсутня ниркова патологія. Робота також грунтується на результатах експериментального дослідження, в якому взяло участь 9 безпородних собак (3 серії по 3 собаки).

Більшу частину пацієнток як першої - 35 (92,9%), так і другої - 57 (89,1%) груп становили хворі молодого і найбільш працездатного віку (20 - 40 років). У пацієнток першої групи нефроптоз II і III ступеня був діагностований приблизно з однаковою частотою: відповідно у 19 (45,2%) і 18 (42,9%). Нефроптоз першого ступеня в першій групі виявлений тільки у 5 (11,9%) пацієнток. У другій групі в переважної більшості пацієнток виявлений нефроптоз II ступеня: у 46 (71,9%) жінок. Перший ступінь захворювання мав місце у 4 (6,3%) хворих цієї групи, а третій ступінь - у 14 (21,9%).

Тривалість захворювання склала від 8 місяців до 5 років. В першій групі пацієнток із давністю захворювання до 1 року було 18 (42,9%) жінок. У другій групі таких пацієнток було всього 10 (15,6%). Значно більша кількість оперована у термін - 1-3 року і більше 3 років - відповідно 28 (43,8%) і 26 (40,6%) хворих.

У більшості хворих нами виявлені чисельні ускладнення захворювання. Найчастіше нефроптоз ускладнився хронічним пієлонефритом: у 28 (66,7%%) хворих в групі лапароскопічних операцій і у 32 (50,0%) хворих у другій групі. Другою по частоті діагностували артеріальну гіпертензію у 15 (35,7%) хворих в першій групі і у 19 (29,7%) - в другій. Гідронефротична трансформація патологічно рухливої нирки виявлена у 4 (9,5%) хворих у першій групі і у 5 (7,8%) - у другій групі. Нефролітіаз був відзначений в 13 (31,0%) випадках у групі лапароскопічних операцій і у 15 (23,4%) пацієнток у другій групі.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При діагностиці нефроптозу ми виявляли симптомокомплекс з 3-х компонентів: патологічно рухливої нирки; порушень ниркової гемодинаміки і уродинаміки верхніх сечових шляхів,. клінічних проявів захворювання. Рентгенологічне обстеження було визначальним у формуванні лікувальної тактики. При аналізі даних екскреторної урографії при першому ступені нефроптозу, екскурсія нирки у пацієнток першої групи склала 8,34±1,67 см, а у пацієнток другої групи 6,08±2,75 см. У здорових обстежених екскурсія правої нирки не перевищувала 3,51±1,02 см (розходження достовірні, p<0,05 в обох групах). У пацієнток з нефроптозом другого ступеня зміщення нирки в клино- і ортостазі склало 12,11±1,21 см у першій і 11,72±1,01 у другій групі (вірогідність розходжень p<0,001 у порівнянні з контролем). При третьому ступені нефроптозу екскурсія нирки в положенні стоячи в порівнянні з вертикальним положенням пацієнтки досягала в першій групі 15,77±1,55 см, а в другий 17,68±2,89 см (що також значно перевищувало результати контрольної групи, p<0,001).

Ультразвукова допплерографія ниркових судин виконана у всіх 42 пацієнток першої групи. Для оцінки стану ниркової гемодинаміки нами, зокрема, вивчені наступні кількісні показники магістрального (артеріального і венозного) ниркового кровообігу: пікова (максимальна) систолічна швидкість (peak systolic velocity) Vps; кінцева (мінімальна) діастолічна швидкість (end diastolic velocity) Ved; індекс резистентності (resistance index) IR; максимальна швидкість кровообігу у венах Vvmax; діаметр ниркових судин в ортостазі і клиностазі.

Vps у здорових пацієнток склала у клиностазі 0,76±0,09 м/сек, а при нефроптозі 1-го ступеня досягали 0,98±0,32 м/сек (p>0,05). В ортостазі цей показник досягав відповідно 0,65±0,14 і 0,62±0,13 м/сек (розходження відсутні, p>0,05). Ved у клиностазі у здорових жінок становила 0,34±0,09 м/сек, а при першому ступені нефроптозу цей показник склав 0,33±0,09 м/сек (p>0,05). В ортостазі також розходження показників були відсутні: відповідно 0,29±0,02 м/сек і 0,26±0,11 м/сек (p>0,05).

IR у здорових і пацієнток з 1-м ступенем нефроптозу також істотно не відрізнялась, цей показник у клиностазі становив відповідно 0,62±,09 відн.од, і 0,68±0,15 відн.од. (розходження відсутні, p>0,05). В ортостазі ці показники становили 0,64±0,06 і 0,66±0,17 відн.од (p>0,05).

Діаметр ниркової артерії в середніх відділах у положенні лежачи у здорових обстежених склав 0,61±0,08 см, а при нефроптозі першого ступеня 0,62±0,12 см (p>0,05, розходження недостовірні). У положенні стоячи цей же показник склав відповідно 0,64±0,14 і 0,61±0,11 см (p>0,05, розходження недостовірні).

Були відсутні також істотні розходження і в якості венозного кровообігу у здорових жінок і у пацієнток з першим ступенем нефроптозу. Так, Vvmax у здорових становила в клиностазі 0,22±0,04 м/сек, а при першому ступені захворювання - 0,27±0,15 м/сек (p>0,05, розходження недостовірні). В ортостазі максимальна швидкість кровообігу в середніх відділах ниркової вени становила відповідно 0,24±0,06 м/сек і 0,29±0,12 м/сек (p>0,05).

Діаметр ниркової вени в клиностазі у здорових обстежених склав 0,86±0,09 см, а при першому ступені нефроптозу 0,84±0,10 см (p>0,05, розходження недостовірні). В ортостазі діаметр ниркової вени в її середніх відділах склав відповідно 0,86±0,09 см і 0,74±0,04 см (розходження достовірні, p<0,05).

При нефроптозі 2-го ступеня порушення кровотоку в магістральних судинах правої нирки носили значно більш виражений характер. Так, Vps у клиностазі склала 1,15±0,28 м/сек (р<0,05 у порівнянні з контролем, розходження достовірні), а в ортостазі 0,81±0,18 м/сек (р<0,05, розходження достовірні в порівнянні з контролем). Ved у клиностазі при 2-му ступені нефроптозу у пацієнток першої групи досягала 0,47±0,04 м/сек, що також значно перевищувало відповідний показник у контрольній групі (p<0,05).

При нефроптозі 2-го ступеня відзначене значно зниження IR – до 0,54±0,04 у клиностазі (p<0,01 у порівнянні з показником контрольної групи) і до 0,51±0,04 в ортостазі (розходження з контрольною групою достовірні, p<0,01). Діаметр ниркової артерії в її середніх відділах при даному ступені нефроптозу в клиностазі становив 0,61±0,03 см і мало відрізнявся від такого в контрольній групі (p>0,05). У той же час в ортостазі діаметр ниркової артерії зменшувався до 0,50±0,04 см (p<0,001).

Швидкість кровотоку в нирковій вені при 2-му ступені нефроптозу була підвищена до 0,31±0,06 м/сек і достовірно відрізнялась від показника контрольної групи, p<0,01. В ортостазі швидкість венозного кровотоку також була значно вища - 0,38±0,07 м/сек (p<0,001). Діаметр ниркової вени у даного контингенту пацієнток був зменшений як у клиностазі, становлячи 0,76±0,05 м/сек (p<0,01), так і в ортостазу - до 0,64±0,07 м/сек (p<0,001 у порівнянні з відповідним показником контрольної групи).

Найбільш виражений характер носили розлади ниркової гемодинаміки у пацієнток із 3-ім ступенем нефроптозу. Максимальна швидкість у нирковій артерії в клиностазі становила 1,45±0,15 м/сек (p<0,001), а в ортостазі досягала 0,87±0,14 м/сек, тобто була значно більша, ніж у здорових обстежених (p<0,001).

Мінімальна швидкість кровотоку в нирковій артерії також була різко підвищена, досягаючи в клиностазі 0,61±0,13 м/сек (p<0,001), а в ортостазі - 0,52±0,06 м/сек (p<0,001). IR при 3-му ступені нефроптоза знижувався в клиностазі до 0,44±0,04, а в ортостазі до 0,39±0,10 (в обох випадках p<0,001 у порівнянні з відповідними показниками контрольної групи).

При даному ступені нефроптозу також було виявлено звуження ниркової артерії до 0,56±0,03 см (p<0,05 у порівнянні з контрольною групою) і більш виражене в ортостазі: до 0,44±0,02 см (p<0,001). Також нами були виявлені досить важкі порушення венозного кровотоку, що проявлялися зокрема зниженням максимальної його швидкості до 0,47±0,05 м/сек у клино- і до 0,49±0,10 м/сек в ортостазі (p<0,001 у порівнянні з відповідними показниками контрольної групи). Діаметр ниркової вени в клиностазі був зменшений у порівнянні з таким в контрольній групі до 0,58±0,10 см (p<0,001), а в ортостазі - до 0,47±0,06 (p<0,001).

Таким чином, у хворих на нефроптоз 2-3 ступеня визначалося компенсаторне прискорення магістрального артеріального і венозного кровообігу у клиностатичному і ортостатичному положеннях.

Радіоізотопне дослідження - ренографія і реносцинтиграфія - виконано у 38 (90,5%) пацієнток першої групи безпосередньо перед операцією і в різні терміни післяопераційного періоду.

При дослідженні визначалися наступні показники: відносний вклад нирки, %*;* період максимального нагромадження, Тmax, хв; період напіввиведення, Tl/2, хв; клубочкова фільтрація, мл/хв. Найменші функціональні порушення в «блукаючій» нирці визначали при нефроптозі першого ступеня. При другому і третьому ступенях нефроптозу функція нирки страждала у значно більшому обсязі.

Відносний вклад правої нирки у здорових обстежених склав 50,13±2,64, при першому ступені нефроптозу цей показник був 51,89 ±0,95% (розходження недостовірні). У той же час при другому ступені нефроптозу відносний вклад правової нирки у виведенні радіофармпрепарату досягав лише 45,90±1,18%, а при третьому ступені захворювання був ще менший: 38,90±2,4% (в обох групах розходження достовірні в порівнянні з показником контрольної групи).

Період максимального накопичення радіофармпрепарату в контрольній групі склав 2,94±0,65 хв, а у пацієнток з першим ступенем нефроптозу був дещо тривалішим: 3,61 ±1,92 хв (розходження недостовірні, p>0,05). У хворих з нефроптозомдругого ступеня даний показник був збільшений до 7,55±1,49 хв, а при третьому ступені ще більший, досягаючи 9,43±2,09 хв (в обох випадках розходження достовірні, p<0,001).

Період напіввиведення гіпурану правою ниркою в контрольній групі склав 7,42±0,65 хв, при першому ступені нефроптозу даний показник не змінювався, склавши 8,65±3,62 хв (розходження недостовірні, p>0,05). При більш високих ступенях нефроптозу період напіввиведення радіофармпрепарату склав відповідно 12,65 ±2,62 хв і 15,41±2,04 хв (розходження у порівнянні з контрольною групою в обох випадках достовірні, p<0,05).

Клубочкова фільтрація при будь-якому ступені нефроптозу була знижена: при першому ступені - до 123,92±3,43 мл/хв (розходження з показником контрольної групи, 135,43±4,24, достовірні, p<0,05); при нефроптозі другого ступеня - 103,12±3,30 мл/хв (p<0,001), а при третьому ступені захворювання показник був знижений до 93,10±2,78 мл/хв (p<0,001).

Нефросцинтиграфія була виконана у 32 (76,2%) пацієнток першої групи. при нефроангиографії зареєстроване зменшення кровопостачання опущеної нирки від 6 до 28% - в середньому на 12,78±4,32%. Нами не виявлено зменшення паренхіматозного шару нирок при нефроптозі. Нерівномірність розподілу радіофармпрепарату, виявлено у 6 (18,8%) хворих. У прямій проекції на сцинтиграмі отримані дані про топографію нирок, що свідчать про міграцію органа. Зменшення довжини органа, обумовлене пролапсом вперед його нижнього полюса зареєстроване у 21 (65,6%) спостереженні.

Для експериментального обґрунтування нефропексії використали 9 безпородних собак з масою тіла 16-21 кг. Експериментальну частину роботи виконували у повній відповідності до ст. 26 ЗАКОНУ УКРАЇНИ № 3447-IV «Про захист тварин від жорстокого поводження» При виконанні експериментальної операції поруч із ниркою виділяли ділянку, дном якої були м'язи задньої черевної стінки розмірами до 4×4 см. До фіброзної капсули нирки і м'язів задньої черевної стінки фіксували фрагменти проленовой сітки, використовуючи атравматичний шовний матеріал - Вікрил 3-0 на голці 26 мм. Вилучення матеріалу виконували на 10-у, 30-у і 90-у добу після операції. Після розділення спайок і рубців, очеревину відокремлювали від нирки, після виявлення фрагментів сітки їх висікали з навколишніми і підлягаючими тканинами, накладали кетгутові гемостатичні шви.

При аналізі даних морфологічного дослідження матеріалу, отриманого в результаті експерименту, вже на 10 добу макроскопічно сітка щільно зрощена з ділянкою м'яза і нирки. Відділення сітки від м'яза неможливе, при відділенні сітки від нирки потрібні значні зусилля, відділення сітки від нирки відбувається з ушкодженням капсули останньої. Мікроскопічно, при фарбуванні гематоксиліном і еозином, після операції в товщі м'яза виявлено шовний матеріал, навколо якого відзначене розростання волокнистої сполучної тканини, в основному зрілої, з невеликою кількістю лімфоцитів, гістіоцитів.

Через 30 днів відділити сітку від м'яза і нирки неможливо. Мікроскопічно, при фарбуванні гематоксиліном і еозином, навколо сітки виявлена в основному молода сполучна тканина з невеликою кількістю судин, явищами слабкої лімфогістіоцитарної інфільтрації. Через 90 днів відділення сітки від м'яза і нирки не є можливим. При дослідженні мікропрепаратів (фарбування гематоксилін-еозином), навколо сітки, ближче до м'яза, поряд із щільною сполучною тканиною зустрічалась пухка волокниста сполучна тканина, зрідка одиничні лімфоцити, плазмоцити або дрібні скупчення їх.

При дослідженні ділянки сітки, фіксованої до нирки (фарбування гематоксиліном і еозином) протягом 90 днів, виявлено, що поряд із нирою навколо сітки і між її комірками зустрічається щільна волокниста сполучна тканина з перевагою фіброцитів і фібробластів, але далі від нирки, у навколишній клітковині виявлена більше пухка сполучна тканина. У тканині нирки поряд із капсулою ознак запалення не виявлено.

Результати оперативного лікування нефроптозу цілком залежали від правильності визначення показань і способу нефропексії. Лапароскопічна нефропексія з використанням синтетичної сітки показана, на нашу думку, в наступних клінічних випадках: часті загострення хронічного пієлонефриту, форнікальні кровотечі у вигляді макрогематурії і стійкої мікрогематурії, порушення уродинаміки і гемодинаміки нирки, пов'язані з нефроптозом, стійка артеріальна гіпертензія, пов'язана з нефроптозом, ускладнення нефроптозу і супутні хірургічні урологічні захворювання (гідронефротична трансформація, нефролітіаз, киста нирки), стійкий больовий синдром навіть при відсутності порушень гемодинамвки в уродинаміки нирки, що повинно бути підтверджено функціональними методами дослідження (оглядова і екскреторна урографія, реносцинтиграфія, ультразвукова допплерографія ниркових судин).

Оперативну корекцію нефроптозу виконували лапароскопічним доступом у положенні хворої на лівому боці (декубітас). При виконанні операції використовували 10 мм 30° лапароскоп, який вводили через порт над пупком. 10 мм порт вище пупка використовували для введення ножиць, голкотримача і кліп-аплікатора. Через 5 мм порт над клубовою кісткою вводили моно- і біполярні щипці-граспері.

Праву частку печінки зрушували вгору і медіально, при необхідності розсікали ніжні спайки між діафрагмальної поверхнею печінки і парієтальной очеревиною. Виконували розтин очеревини від верхньо-медіальних відділів m. quadratus lumborum до верхнього полюса нирки і її передньої поверхні. При цьому оголювали торакоабдомінальну фасцію. Приниркову клітковину тупо зрушували по передній поверхні. Оголювали фіброзну капсулу нирки. У черевну порожнину вводили проленову сітку розміром 2,5×5 см. Нирку фіксували за допомогою синтетичної сітки ниткою 3-0 двома швами до верхньо-медіальних відділів m. quadratus lumborum і чотирма швами до ниркової капсули по передній поверхні на рівні верхнього полюса і на 4 см нижче.

Після перенесеної операції хворі перебували під наглядом у палаті реанімаційно-анестезіологічного відділення протягом 1-1,5 години, де здійснювався контроль основних функцій і клініко-лабораторних показників організму - дихальної, серцево-судинної і сечовидільної систем. При нормалізації функції зовнішнього дихання, відновлення свідомості після наркозу, хворі переводились у палату урологічного відділення.

Підйом хворої здійснювали на третю добу. У ранньому післяопераційному періоді здійснювали контроль температури тіла, артеріального тиску, діурезу. Ненаркотичні аналгетики використали після операції в перші дві доби. Як правило, з 2-ї доби після операції пацієнти відмовлялися від знеболювання. Шви знімали в амбулаторних умовах на 7-10 добу після операції.

Середня тривалість операції була дещо меншою при виконанні «відкритої» операції, склавши 52,29 ± 4,13 хвилини проти 63,14 ±3,31 хвилин при виконанні лапароскопічної нефропексії (р<0,05). Відзначимо, що час лапароскопіченої операції значно скорочувався при освоєнні техніки дисекції тканин, а особливо при вдосконалюванні навиків накладення інтракорпорального шва.

Косметичний результат операції був, безперечно, кращим при лапароскопічному доступі, середня довжина розтину при цьому склала 3,17±0,24 см проти 10,49±3,45 см при виконанні нефропексії за Rivoir (вірогідність розходжень: p<0,001). Особливістю лапароскопічної операції була також досить рання активізація хворих: при лапароскопічній нефропексії пацієнтки вставали в середньому на 2,42±0,41 доби, а при виконанні «відкритої» операції - тільки на 7,86±1,81 доби (розходження достовірні, р<0,001). Післяопераційний ліжко-день у першій групі склав 4,42±1,31 доби, а в другій групі, при виконанні «відкритого» оперативного втручання, пацієнтки перебували в ліжку значно довше, в середньому 10,56±2,42 доби, (р<0,01).

При виконанні як лапароскопічної, так і «відкритої» нефропексії у жодної пацієнтки не відзначено яких-небудь серйозних інтраопераційнних ускладнень.

Оцінку результатів хірургічного лікування нефроптозу виконували в процесі динамічного спостереження за пацієнтами у віддаленому періоді після операції. Після виписки із стаціонару хворим вважали протипоказаними піднімання важкого, заняття спортом, тривалу ходьбу і підйоми сходами, інші фізичні навантаження. Якщо поява симптомокомплексу нефроптозу до операції була пов'язана зі значною втратою маси тіла, лікувальні заходи поєднували з посиленим харчуванням для збільшення шару жирової тканини навколо нирки.

Аналіз результатів лікування в основній (першій) і контрольній (другій) групах проведений: після лапароскопічної нефропексії від 1,5 до 5 років, після нефропексії за методом Rivoir у модифікації А.Я. Пытеля і Н.А. Лопаткина період спостереження склав від 10 до 22 років. В першій групі віддалені результати вивчені у всіх 42 (100%) пацієнток, у другій групі віддалені результати простежені у 39 (60,1%) хворих.

Із 42 пацієнток першої групи 31 (73,8%) вважала себе цілком здоровою після операції. Поліпшення відзначили 8 (19,0%) хворих цієї групи. 3 (7,1%) пацієнток вважали, що їхній стан з тих чи інших причинах залишився без змін, погіршення стану не відзначила жодна із пацієнток першої групи.

Із 39 жінок, опитаних у другій групі, повне видужання констатували тільки 19 (48,7%). Про поліпшення свого стану заявили 7 (17,9%) хворих, змін у своєму статусі не зафіксували 5 (12,8%) пацієнток. У той же час 8 (20,5%) хворих після нефропексії люмботомічним доступом вважали, що їхній стан після операції погіршився.

При аналізі клінічної симптоматики і лабораторних даних у віддалені терміни після операції нефропексії у пацієнток першої і другої груп також відзначені певні особливості. Біль у поперековій ділянці, що мав місце у 33 (78,6%) пацієнток першої групи, зберігався тільки у 4 (9,5%). У другій групі даний симптом до операції виявлений у 58 (90,6%) пацієнток. Після операції із 39 обстежених даний симптом відзначений у 12 (30,8%) жінок.

Напади ниркової кольки до операції мали місце у 8 (19,0%) пацієнток першої групи. Після лапароскопічної нефропексії ниркової кольки не було у жодної з пацієнток. У другій групі ниркова колька до операції була у 9 (14,1%) хворих, а після хірургічної корекції нефроптозу напади ниркової кольки зберігалися у 2 (5,1%).

Підвищений артеріальний тиск до операції виявлено у 16 (38,1%) пацієнток першої групи, після операції артеріальна гіпертензія зберігалась тільки у 2 (4,8%). У другій групі артеріальна гіпертензія до операції відзначена у 57,8% пацієнток, а після операції зберігалась у 4 (10,3%).

Стійка субфебрильна лихоманка була відзначена у 16 (38,1%) жінок першої групи до операції. Після лапароскопічної нефропексії скарги на періодичний субфебрилітет відзначені тільки у 1 (2,4%) пацієнтки. В той час як при виконанні нефропексії за Rivoir, із 23 (35,9%) пацієнток, які відзначали даний симптом до операції, субфебрильна лихоманка у віддалені строки після втручання збереглась у 5 (12,8%).

Дизурія відзначена до операції у 23 (54,8%) пацієнток першої групи, після операції у віддалені періоди спостереження даний симптом не виявлений в жоодної хворої. В другій групі дизурія мала місце у 21 (32,8%) пацієнтки. Після операції даний симптом зберігався у 6 (15,4%) із них.

Наявність крові в сечі у вигляді макрогематурії відзначено до операції в першій групі у 10 (23,8%) пацієнток, а у вигляді мікрогематурії - у 18 (42,9%). Після операції макрогематурії у пацієнток першої групи не відзначено, а мікрогематурія зберігалась тільки у 1 (2,4%). В другій групі до операції макрогематурія відзначена у 15 (23,4%) пацієнток, а мікрогематурі - у 18 (28,1%). У пізні терміни після операції дані симптоми зберігалися відповідно у 2 (5,1%) і 3 (7,7%) пацієнток. Такі симптоми хронічного пієлонефриту, як лейкоцитурія і протеїнурія відзначені до операції відповідно у 28 (66,7%) і 18 (42,9%) пацієнток першої групи. У післяопераційному періоді дані симптоми зберігалися тільки у 8 (19,0%) і 7 (17,9%) відповідно. У другій групі лейкоцитурія й протеїнурія виявлені до операції у 29 (43,8%) і 20 (31,3%) пацієнток відповідно, у післяопераційному періоді зберігалися у 14 (35,9%) і 9 (23,1%) хворих.

Рентгенологічне обстеження: оглядова та екскреторна урографія виконана і проаналізована у 42 пацієнток першої і 36 пацієнток другої групи. При цьому, за даними рентгенологічного дослідження, ознак рецидиву захворювання не виявлено у жодної з пацієнток першої групи. Із 36 пацієнток другої групи, у яких був проведений аналіз даних рентгенологічного обстеження, рецидив нефроптозу мав місце в 4 (11,1%).

Ультразвукове допплерографічне дослідження ниркових судин після лапароскопічної нефропексії виконано у всіх пацієнток першої групи. При цьому, Vps до операції в клиностазі становила 1,25± 0,11 м/сек, що значно перевищувало показник контрольної групи (0,76±0,09) (p<0,001). Після операції даний показник у клиностазі склав 0,79±0,12 м/сек і достовірно не відрізнявся від відповідного показника контрольної групи (p>0,05). При вивченні артеріального кровообігу у пацієнток в ортостазі у віддалені строки також відзначена нормалізація цього показника.

У пацієнток із другим і третім ступенями нефроптозу до операції відзначали значне звуження ниркової артерії, виражене як у клиностазі - до 0,52±0,06 см (p<0,01 у порівнянні з показником контрольної групи: 0,61±0,08 см), так і в ортостазі - до 0,48±0,05 див (p<0,001 у порівнянні з показником контрольної групи). У відділені строки після операції нами відзначена нормалізація показників як у клиностазі (0,59±0,05 см, p>0,05), так і в ортостазі (0,63±0,04 см, p>0,05).

Vvmax у пацієнток з високими ступенями нефроптозу також зменшилась у клиностазі з 0,43±0,04 м/сек (p<0,001 у порівнянні з контролем, 0,22±0,04) до 0,25±0,09 м/сек (p>0,05 у порівнянні з контролем), а в ортостазі з 46±0,09 м/сек (p<0,001 у порівнянні з контролем, 0,24±0,06) до 0,28±0,10 м/сек (p>0,05 у порівнянні з контролем).

При контрольному допплерографічному дослідженні нами також відзначена інволюція стенозу ниркової вени. У клиностазі діаметр ниркової вени у даного контингенту пацієнток до операції становив 0,66±0,11 см (p<0,001 у порівнянні з контролем, 0,86±0,06 см), а після операції зріс до 0,82±0,11 (p>0,05 у порівнянні з контролем, 0,84±0,12). При дослідженні в ортостазі динаміка цього показника також була цілком позитивною.

Радіоізотопне дослідження в післяопераційному періоді виконано у 11 пацієнток першої групи. Відносний вклад правої нирки у обстежених пацієнток до операції склав 34,20±3,26%, що було достовірно нижче показника контрольної групи (50,13±2,64). У післяопераційному періоді відзначене вирівнювання перфузії патологічно рухливої нирки з контралатеральною, відносний вклад її склав 48,90±3,56%.

Період максимального накопичення гіпурану в даної групи пацієнток був різко уповільнений, досягаючи 11,23±4,11 хв (p<0,001 у порівнянні з показником контрольної групи, який становив 2,94±0,65). Після операції відзначена нормалізація даного показника, що досягав 3,25±1,05 (p>0,05). Період напіввиведення радіофармпрепарату до операції у цієї групи пацієнток становив 16,01±1,04 хв, значно перевищуючи значення показника в контрольній групі (7,42±1,75). У віддалений термін після лапароскопічної нефропексії період напіввиведення гіпурану правою ниркою склав 9,05 ±2,62 хв, тобто достовірно не відрізнявся від показника контрольної групи (p>0,05)

Клубочкова фільтрація до нефропексії у даного контингенту пацієнток склала 92,61±1,63 мл/хв, будучи значно нижчою, ніж у жінок контрольної групи (135,43±4,24), p<0,001. У післяопераційному періоді даний показник зростав до 123,12±5,87 мл/хв, будучи дещо меншим, але не достовірно, ніж у контрольній групі (p>0,05).

При аналізі сцинтиграм у прямій проекції, розташування нирок відповідало анатомічному, накопичення гіпурану в нирках активне, симетричне, розподіл рівномірний.

При оцінці працездатності після операції строки трудової реабілітації в основній групі пацієнток були в 1,6 раза менші, ніж у контрольній. виконання вимог, що пред’являються до нефропексії, дозволлило значно поліпшити результати операції і досягти гарних і задовільних результатів лікування у 100% хворих першої групи. У той же час, деяка недооцінка структурних змін, що відбуваються у рухливій нирці, застосування операції тільки на пізніх стадіях і при розвитку ускладнень, травматичность втручання, властива відкритому втручанню люмботомічним доступом, істотно знизили ефективність лікування у хворих другої групи - гарний і задовільний результат відзначений лише у 26 (72,2%) пацієнток.

# ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове рішення наукового завдання: покращання безпосередніх і віддалених результатів хірургічного лікування нефроптозу шляхом наукового обґрунтування виконання лапароскопічної нефропексії з використаннм проленової сітки, що дозволяє запобігти виникненню рецидивів і покращити якість лікування пацієнтів.

1. У хворих з нефроптозом при обстеженні виявлена характерна клінічна картина захворювання, що проявляється больовим синдромом (85,8%), артеріальною гіпертензією (50,0%), немотивованими підвищеннями температури тіла (36,8%). Рентгенологично, крім патологічної рухливості органа, захворювання характеризують такі симптоми, як ротація нирки (81,1%), звитість сечоводу (31,1%), пієлоектазія (18,9%). Допплерографічне дослідження дозволяє виявити порушення ниркової гемодинаміки, найбільш виражені при третьому ступені нефроптозу, а при радіоізотопному дослідженні відзначається зниження функціональної активності блукаючої нирки.
2. При вивченні результатів експериментального дослідження з'ясовано, що використання проленової сітки вже на 10 добу після операції дозволяє забезпечити надійну фіксацію між ниркою і м'язами задньої черевної стінки. Даний метод оперативного втручання не викликає серйозних змін у м'язовій тканині, а також не приводить до значного ушкодження паренхіми нирки. Склеротичні зміни у тканинах навколо сітки нирки при цьому не виражені, більш того, носять оборотний характер, у зв'язку з цим зберігається фізіологічна рухливість органа.
3. Показанням до виконання лапароскопічної нефропексії, крім таких ускладнених форм захворювання як часті загострення хронічного пієлонефриту, форнікальні кровотечі у вигляді макрогематурії і стійкої мікрогематурії, порушення уродинаміки і гемодинаміки нирки, пов'язані з нефроптозом, стійка артеріальна гіпертензія, ускладнення нефроптозу і супутні хірургічні урологічні захворювання (гідронефротична трансформація, нефролітіаз, киста нирки), є наявність у хворих стійкого больового синдрому, навіть при відсутності порушень гемодинаміки і уродинаміки нирки.
4. При виконанні лапароскопічної нефропексії в порівнянні з «відкритим» оперативним втручанням у віддалені строки після операції відзначене зменшення основних клінічних симптомів захворювання: больового синдрому – в 1,3 рази, артеріальної гіпертензії - в 2,4 рази, субфебрильної лихоманки - в 5,3 рази. Лапароскопічна нефропексія дозволяє знизити кількість рецидивів захворювання до 0.
5. Виконання лапароскопічної нефропексії дозволяє скоротити термін перебування в ліжку з 10,56±2,42 доби до 4,42±1,31 доби, відновлення працездатності відбувалося швидше у 1,4 рази, тривалість професійної реабілітації скорочена у 1,6 раза, а кількість незадовільних результатів зменшилася з 27,8% до 0%.

# ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Основними методами обстеження пацієнтів при підозрі на нефроптоз є рентгеноконтрастне дослідження нирок і допплерографія ниркових судин.
2. Лапароскопічна нефропексія з використанням проленової сітки характеризується малоінвазивністю оперативного втручання, малими термінами перебування в стаціонарі, швидкою професійною реабілітацією хворих. Дане втручання дозволяє одержати стійкі позитивні результати у віддалені строки і тому може бути рекомендоване для широкого практичного застосування.
3. Поліпшенню якості лікування хворих з нефроптозом, крім виконання лапароскопічного втручання, сприяє рання активізація пацієнтів і ретельне спостереження із проведенням лікувально-реабілітаційних заходів, спрямованих на ліквідацію ускладнень захворювання.
4. Лапароскопічна нефропексія у зв'язку із простотою, малоінвазивністю й ефективністю процедури показана не тільки при ускладнених формах захворювання, але й при нефроптозі, що супроводжується лише стійким больовим синдромом без ознак порушень ниркової гемодинаміки.
5. Лапароскопічна нефропексія з використанням проленової сітки не складна у виконанні і може виконуватись у будь-якому міському урологічному стаціонарі при наявності відповідного устаткування і оволодінні його співробітниками основ лапароскопічної техніки.

**ПЕРЕЛІК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Серняк Ю.П. Преимущества лапароскопичес­кой коррекции нефроптоза/ Серняк Ю.П., Юсеф Сулейман, Фуксзон А.С., Рощин Ю.В., Криштопа М.В. // Здоровье мужчины.- 2008.- №4.- С.54-59. Здобувачу належить організація дослідження, статистична обробка та аналіз результатів, підготовка статті до друку.

2. Серняк Ю.П. Результаты лапароскопической нефропексии в лечении нефроптоза / Серняк Ю.П., Юсеф Сулейман, Фуксзон А.С., Рощин Ю.В., Криштопа М.В. // Український журнал клінічної та лабораторної медицини.- 2008.- Т.З.- №4.- С.67-72.

Здобувачу належить організація дослідження, статистична обробка та аналіз результатів, підготовка статті до друку.

3. Серняк Ю.П. Особенности лапароскопической коррекции нефроптоза с использованием проленовой сетки / Серняк Ю.П., Юсеф Сулейман, Фуксзон А.С., Рощин Ю.В., Криштопа М.В.// Укра­їнський журнал хірургії.- 2008.- №2.- С.53-59.

Здобувачу належить організація дослідження, статистична обробка та аналіз результатів, підготовка статті до друку.

4. Серняк Ю.П., Сулейман Ю., Фуксзон А.С., Рощин Ю.В., Криштопа М.В./ Лапароскопическая нефропексия при симптоматическом нефроптозе // Матеріали конференції «Симптомы нижних моче­вых путей», Харьков, 20-21 сент. 2007.- С. 341 - 342.

Здобувачу належить організація дослідження, статистична обробка та аналіз результатів, підготовка статті до друку.

5. Сулейман Ю. Лапароскопічна нефропексія у лікуванні нефроптозу //Матеріали 70-ї міжнародної конферен­ції молодих вчених: Донецьк, 9-11 квітня.- 2008.- С.190.

**АНОТАЦІЯ**

**Юсеф Сулейман Мох’д Хаж Сулейман.** Лапароскопічна нефропексія з використанням проленової сітки. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06 – урологія – ДУ „Інститут урології АМН України”, Київ, 2009.

Дисертація присвячена питанням діагностики і малоінвазивної – лапароскопічної – корекції нефроптозу. У роботі проведено аналіз даних обстеження, вивчено безпосередні і віддалені результати лікування 106 пацієнток із правостороннім нефроптозом. Основну, або першу групу склали 42 хворих, яким була виконана нефропексія з лапароскопічного доступу з використанням проленової сітки. До групи порівняння (другої) увійшли 64 пацієнтки, яким фіксація патологічно рухливої нирки виконана за методом Rivoir у модифікації А.Я. Пытеля й Н.А. Лопаткина. Для експериментального обґрунтування нефропексії з використанням проленової сітки прооперовано 9 безпородних собак з масою тіла 16-21 кг. При вивченні результатів експериментальної частини дослідження, доведено, що використання проленової сітки вже у ранні строки дозволяло здійснити надійну фіксацію між ниркою і м’язами задньої стінки черевної порожнини без ушкодження ниркової паренхіми.

На підставі порівняльного аналізу результатів до- і післяопераційного обстеження, якості життя пацієнток була доведена висока ефективність лапароскопічної нефропексії із використанням проленової сітки для корекції нефроптоза. Виконання лапароскопічної нефропексії дозволило скоротити термін перебування в ліжку з 10,56±2,42 доби до 4,42±1,31 доби, тривалість професійної реабілітації скорочена у 1,6 раза, а кількість незадовільних результатів з 27,8% до 0%.

Ключові слова: нефроптоз, лапароскопія, нефропексія.

**АННОТАЦИЯ**

**Юсеф Сулейман Мох’д Хаж Сулейман.** Лапароскопическая нефропексия с использованием проленовой сетки. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.06 – урология, ГУ «Институт урологии АМН Украины», Киев, 2009.

В работе проведен анализ данных обследования, изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения, 106 пациенток с правосторонним нефроптозом.

Основную, или первую группу составили 42 пациентки, которым была выполнена нефропексия из лапароскопического доступа с использованием проленовой сетки. В группу сравнения (вторую) вошли 64 пациентки, которым фиксация патологически подвижной почки выполнена по методу Rivoir в модификации А.Я. Пытеля и Н.А. Лопаткина. Работа также основана на результатах экспериментального исследо­вания, в котором приняло участие 9 беспородных собак. Большую часть пациенток как первой - 35(92,9% ) так и второй – 57(89,1%) составляли больные молодого и наиболее трудоспособного возраста (20 - 40 лет).

В комплексе исследований для диагностики нефроптоза, особое внимание уделяли «имаджинговым» методам, позволившим оценить анатомо-функциональное состояние почек: обзорную и экскреторную урографию в орто- и клиностазе, ультрасонографию почек, ультразвуковую допплерографию почечных сосудов также в орто- и клиностазе, сцинтиграфию почек. Диагностика таких осложнений нефроптоза, как гидронефротическая трансформация, хронический пиелонефрит, нефролитиаз, вазоренальная гипертония, равно как и формирование лечебной стратегии у пациенток была основана именно на этих методах исследования.

Для экспериментального обоснования нефропексии с использованием использовали 9 беспородных собак с массой тела 16-21 кг. При изучении результатов экспериментальной части исследования, обнаружено, что использование проленовой сетки уже в ранние сроки позволяло обеспечить надежную фиксацию между почкой и мышцами задней брюшной стенки. без повреждения паренхимы почки. Операцию начинали с введения над пупком иглы Вереша и инсуффляции углекислого газа до создания карбоперитонеума с давлением 12 см ртутного столба. Затем края раны подтягивали за держалки, предварительно наложенные на апоневроз, и в брюшную полость вводили 10 мм троакар. Стилет троакара удаляли, в брюшную полость вводили лапароскоп. Остальные тракары вводили под визуальным контролем оптики лапароскопа.

Правую долю печени сдвигали кверху и медиально, при необходимости рассекали нежные спайки между диафрагмальной поверхностью печени и париетальной брюшиной. Выполняли разрез брюшины от верхнее-медиальных отделов m. quadratus lumborum до верхнего полюса почки и ее передней поверхности. При этом обнажали торако-абдоминальную фасцию. Околопочечную клетчатку тупо сдвигали по передней поверхности. Обнажали фиброзную капсулу почки. В брюшную полость вводили проленовую сетку размером 2,5×5 см. Использовали сетку фирмы Eticon®, обычно применяемую при грыжепластике. Почку фиксировали с помощью синтетической сетки нитью 3-0 двумя швами к верхнее-медиальным отделам m. quadratus lumborum.

Лапароскопическая нефропексия с использованием проленовой сетки, при фиксации аллопластического материала к m. quadrates lumborum и передней поверхности почки, является малоинвазивным, достаточно простым, хирургическим вмешательством, позволяющим эффективно фиксировать патологически подвижную почку с учетом топографо-анатомических особенностей органа. При выполнении данного вмешательства не отмечено интра- и послеоперационных осложнений. Выполнение лапароскопической операции позволило значительно сократить время пребывания пациенток на койки, ускорить активизацию больных.

Использование проленовой сетки не сопровождается патологическими изменениями в паренхиме почки и мышечной ткани, а также склерозом паранефральной клетчатки. Сетка уже к 10-м суткам надежно фиксирована к капсуле почки и мышечной ткани. Выполнение лапароскопической нефропексии позволлило сократить сроки пребывания на койке с 10,56±2,42 суток до 4,42±1,31 суток, длительность профессиональной реабилитации сокращены в 1,6 раза, а количество неудовлетворительных результатов с 27,8% до 0%.

Ключевые слова: нефроптоз, лапароскопия, нефропексия

**ANNOTATION**

**Yousif Suleiman Moh’d Haj Suleiman** Laporoscopic nephropexy with the use of prolene mash. - manuscript.

Thesis for the scientific degree of the Candidate of medical sciences by speciality 14.01.06 – UROLOGY – Governmental Institution “Institute of Urology of Academy of Medical Sciences of Ukraine”, Kyiv, 2009.

The work contains the analysis of the medical examination data and the study of direct and indirect outcomes of the treatment of 106 female patients with right-sided nephroptosis. The main or the first group consisted of 42 patients, who underwent laporoscopic nephropexy with the use of prolene mash. The reference (the second) group consisted of 64 patients, who underwent fixation of the pathologically movable kidney in accordance with the method Rivoir in the modification by A. Y. Pytel and N.A. Lopatkyn. The work is also based on the results of the experimental study, which examined 9 mongrels.

Laparoscopic nephropexy with the use of a prolene mash for the fixation of alloplastic material to m. quadratus lumborum and anterior surface of a kidney is a minimally invasive, simple surgery, which enables to fix effectively a pathologically movable kidney. The implementation of the laporoscopic nephropexy enabled to shorten the hospitalization period from 10,56±2,42 days to 4,42±1,31 days, the duration of the professional rehabilitation shortened by 1,6 times, and the number of unsatisfactory results – from 27,8% to 0%.

Key words: nephroptosis, laporoscopy, nephropexy.

 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>