Министерство образования Российской Федерации

Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова

Кафедра физического воспитания

РЕФЕРАТ

Диагностика и лечение нефроптоза

Студент: Каминова Юлия Николаевна

Учебная группа: СТ-12

Ярославль 2010 год

**Содержание**

Введение

1. Основы анатомии и физиологии почек
2. Этиология и патогенез почек
3. Общие сведения о нефроптозе
* *Частота заболевания*
* *Пол и возраст больных*
1. Симптоматика и клиническое течение
2. Диагностика
* *Дифференциальная диагностика*
1. Классификация заболевания
2. Лечение нефроптоза
* *Организация медицинской помощи больным нефроптозом*
* *Прогноз*
1. Профилактика заболевания

Заключение

Список использованной литературы

**Введение**

*Нефроптоз* (nephroptosis; греч. nephros почка + ptosis падение, опущение; син.: блуждающая почка, подвижная почка) – патологическое состояние, характеризующееся чрезмерной подвижностью почки со смещением ее книзу в вертикальном положении тела.(1, с.246)

Патологическая подвижность почек (нефроптоз) является одним из наиболее частых страданий больных урологического профиля. По данным отечественных и зарубежных клиницистов эта патология имеет тенденцию к увеличению (Голубчиков В.А., Столяров Ю.Н., 1981; Клепиков Ф.А., Федотов П.П., Жуков И.Е. и др., 1982; Лопаткин Н.А., 1982; Максимова И.Г., 1984; Баран Е.Е., 1990). Вряд ли можно найти другое заболевание, где по каждому аспекту проблемы существовали бы столь противоречивые, а иногда и взаимоисключающие точки зрения (Андрейчиков А.В., 1988). До настоящего времени отсутствуют четкая концепция этиологии нефроптоза, единая классификация, не разработаны показания для нефропексии (операции при нефроптозе), а подавляющее число работ посвящено, в основном, методикам хирургической коррекции и лечению осложнений нефроптоза, патогенез которых тоже до конца не выяснен (Сущенко М.И., Галун Н.М., 1982; Клепиков Ф.А., 1985; Мирошниченко В.И., Симаков В.Н., Коршунов А.Н., 1987; Михайлов A.M., 2000).

Осложнения встречаются у 25,8-82,9% больных нефроптозом и значительно усугубляют течение заболевания (Князев Ш.М., Таукменов М.Т., 1981; Томусяк Т.Л., Киселевич Л.Г., Мацун Э.Р. и др., 1985).

Поразительное разнообразие клинической симптоматики проявляется в наиболее плодотворном возрасте 20-40 лет, большое количество осложнений этого заболевания, ведущее нередко к потере функциональной полноценности органа, а подчас и к утрате трудоспособности, делают оздоровление этой группы больных по-настоящему важной, хотя и достаточно трудновыполнимой задачей.

Диагностика нефроптоза представляет определенные трудности. В течение первых трех лет диагноз устанавливают только в 29-48% случаев. Для диагностики нефроптоза и его осложнений информативной является обзорная и экскреторная урографии, выполненные в вертикальном положении тела. Эти исследования позволяют выявить степень смещения почек, их ротацию, нарушение уродинамики верхних мочевых путей (Пытель А.Я., Золотарев И.И., 1987;).

Вопросы тактики лечения и реабилитации больных с нефроптозом, а также взаимоотношения патологически подвижной почки с целым рядом расстройств организма до настоящего времени остаются серьезной медицинской и социальной проблемой.

*Цель работы:* изучить клиническое заболевание – нефроптоз.

*Для решения поставленной цели мне необходимо решить следующие задачи:*

- изучить основы анатомии и физиологии почек

- выявить основные причины (этиологию) заболевания

- объяснить совокупность процессов, определяющих возникновение, течение и исход болезней

- изучить основные сведения о нефроптозе, в частности, частоту заболевания, пол и возраст больных

- провести наблюдение по симптоматике и клиническому течению нефроптоза

- провести диагностику нефроптоза

- рассмотреть классификацию заболевания

- рассмотреть основные методы лечения заболевания нефроптоз

- выявить основные профилактические меры заболевания

**1. Основы анатомии и физиологии почек**

Почки получают примерно 20-25% всей крови, выбрасываемой сердцем, - больше, чем любой другой орган. Функция почек состоит в очищении плазмы крови от некоторых конечных продуктов обмена веществ (мочевины, мочевой кислоты, и др.), которые организм в дальнейшем не использует. Все эти вещества удаляются с мочой. Избыток их в организме приводит к интоксикации. Почки удаляют многие введенные в организм вещества, например лекарства. В то же время в состав мочи входят и вещества, необходимые для нормальной жизнедеятельности организма, например ионы натрия, калия, кальция, магния, хлора, а также вода и т.п. Выводя их из организма, почки регулируют тем самым постоянство содержания этих веществ в плазме, несмотря на значительные колебания в потреблении указанных веществ с пищей. Объем выведения электролитов и воды регулируется специальными гормонами.

Таким образом, почки участвуют в регуляции водного, электролитного и кислотно-основного состояния в организме, способствуя подержанию постоянства внутренней среды. Кроме того, почки выделяют гормоны – ренин и простагландины, которые, воздействуя на различные клетки организма, изменяют течение физиологических процессов.

Почки – парный орган, расположены они в забрюшинном пространстве. Масса каждой почки примерно 150 г, длина - 12 см, ширина - 6 см, толщина – 3 см. Размеры почек зависят от размеров и массы тела. Почки расположены вдоль позвоночника на уровне между XII грудным и II-III поясничными позвонками. По внутреннему, медиальному краю почки имеется углубление – ворота почки. Через ворота проходят почечные сосуды, нервы и мочеточник. Почка обладает некоторой подвижностью и в нормальном положении удерживается с помощью входящих в нее сосудов, но главным образом – с помощью соединительно-тканной и жировой капсулы и внутрибрюшного давления. Снижение внутрибрюшного давления при понижении тонуса мышц брюшной стенки может привезти к опущению (птозу) почек.

Строение обеих почек практически одинаково. Почки состоят из наружного, или коркового, и внутреннего, или мозгового вещества.

Структурно-функциональной единицей почки, отвечающей за образование мочи, является нефрон. Каждая почка содержит примерно 1 млн. нефронов. Нефрон состоит из почечного клубочка, или тельца, и почечного канальца. Основная масса клубочков расположена в корковом веществе, они называются корковыми. Сюда поступают примерно с90% крови от всего почечного кровотока. Оставшиеся 10% поступают в клубочки, расположенные на границе между корковой и мозговой зонами, эти клубочки называются юкстамедуллярными. Клубочек представляет собой капиллярную цепь, возникшую из приводящей, или афферентной, артериолы. (6, с.6)

Почечный каналец состоит из главного отдела, берущего начало от капсулы клубочка, тонкого сегмента петли нефрона, дистального отдела и собирательной трубочки.

Конечная часть нефрона – собирательные трубочки. Стенка трубочек проницательна для воды. Это способствует концентрированию мочи и сохранению постоянства состава и объема внеклеточной жидкости организма.

**2. Этиология и патогенез почек**

В удержании почки на нормальном уровне играют роль брюшинные связки, почечное вместилище, образованное фикциями, диафрагмой и мышцами брюшной стенки, и собственной фиксально-жировой аппарат почки.

В возникновении опущения почки основную роль играют изменения со стороны ее связочного аппарата. Фиксация правой почки осуществляется за счет складок брюшины, прикрывающих почку спереди и образующих ряд связок – lig. hepato-renato и lig. duodeno-renale. Левую почку фиксируют lig. pancreatico-renale и lig. lieno-renale. Значительную роль в фиксации почки играет ее фиброзная капсула, которая плотно спаяна с лоханкой почки и, переходя на почечную ножку, сливается с сосудистым влагалищем. Часть фиброзных волокон собственной капсулы почки входит в состав фиксции, покрывающей ножку диафрагмы. Этот отрезок капсулы играет основную фиксирующую роль. Существенное значение в сохранении правильного положения почки имеет жировая капсула – capsula adiposa renis. Уменьшение объема этой капсулы способствует возникновению нефроптоза и ротации почки. Правильное положение почки определяют также почечные фикции и фиброзные тяжи в области верхнего полюса, плотная жировая клетчатка между надпочечником и почкой.

Ряд патогенетических факторов способствует изменению связочного аппарата почки и предрасполагает к развитию нефроптоза. Главными из этих факторов являются инфекционные заболевания, снижающие активность мезенхимы, а также резкое похудание, снижение мышечного тонуса брюшной стенки и т.д. В последнем случае нефроптоз может быть частью спланхноптоза. Особое место в развитии нефроптоза занимает травма (падение с высоты, резкий перегиб туловища), во время которой в результате разрыва связок или гематомы в области верхнего полюса почки последняя может сместиться из своего ложа.

Нефроптоз у женщин наблюдается значительно чаще, чем у мужчин (10:1, 15:1), преимущественно справа. Первое обстоятельство объясняется конституциональными особенностями женского организма, в частности более широким тазом, а также нарушением тонуса брюшной стенки в результате беременности и родов, второе – более низким расположением правой почки и более сильным связочным аппаратом левой почки.

В настоящее время нефроптоз обнаруживают у 1, 5 % женщин и у 0, 1 % мужчин, преимущественно в возрасте 25-40 лет.

Нормальная подвижность почки составляет 1-2 см, при форсированном дыхании, натуживании - 3-5 см, т.е. не должна превышать длину тела одного позвонка. Превышение этих параметров принято рассматривать как патологическую подвижность. В норме правая почка находится ниже левой на 2 см, лишь в 5,5% левая почка оказывается ниже правой. (7, 09.11.10, 19:33)

В развитии нефроптоза различают три: I стадия – на вдохе отчетливо пальпируется нижний сегмент почки, который при выдохе уходит в подреберье; II стадия – вся почка в вертикальном положении человека выходит из подреберья, однако в горизонтальном положении вновь возвращается или безболезненно вводится рукой на свое обычное место; III стадия – почка полностью выходит из подреберья и легко смещается в большой или малый таз в любом положении тела. Начиная со второй стадии к опущению почки, присоединяется ротация почки вокруг ее ножки. Таким образом, по мере развития нефроптоза может возникнуть патологическая подвижность почки (ее смещение) по вертикали, вокруг оси почечной ножки и маятникообразно. По мере усиления и ротации почки все больше вытягиваются и перекручиваются ее магистральные сосуды – артерия и вена. Диаметр почечной артерии нередко уменьшается в 1,5 – 2 раза, а дина увеличивается во много раз больше. То же можно отметить и в отношении почечной вены. В III стадии могут возникнуть фиксированный перегиб мочеточника и нарушение оттока мочи с признаками расширения чашечно-лоханочной системы почки. (5, с. 160-161)

Нефроптоз II и III стадий приводит к значительному нарушению почечной гемо- и уродинамики, а также лимфооттока из почки. Сужение почечной артерии в результате ее натяжения приводит к ишемии почки, а нарушение оттока по почечной вене при ее перекруте – к венной гипертензии почки. Нарушение оттока крови и лимфы способствует развитию в почке воспалительного процесса. Последний может привести к возникновению спаечного процесса вокруг почки, который фиксирует ее в патологическом положении – фиксированный нефроптоз. (4, с.147)

**3. Обще сведения о нефроптозе**

*Частота заболевания*

Нефроптоз весьма распространенное заболевание. Однако точных цифр частоты опущения почек, к сожалению, не удается найти. Так, Schulze на 3658 аутопсий с 1859 по 1866 г. Опущенную почку нашел 5 раз. Fischer (1897) специально занимался изучением данной проблемы и на 118 вскрытий нефроптоз нашел 21 раз, а Heller (1886) на 100 аутопсий нашел опущенную почку у 8 из 30 мужских трупов, у 11 из 25 женских и у 17 из 45 детских. Alglave (1904) на основании изучения секционного материала нашел опущенную почку на женских трупах в 38 % случаев, на мужских – в 6%. С. П. Боткин, нефроптоз найден у 9 (2,!%) и из 337 женщин – 72 (21, 4%), Church (1936) считает, что нефроптоз существует у 22% всех женщин и у 2% мужчин.

Видимо, эти данные не отражают истинного положения дел, так как убеждение значительного числа врачей и больных в бесперспективности лечения нефроптоза заставляют их обращаться к врачам только в крайних случаях. При проведении профилактических осмотров населения медицинские работники не всегда обращают достаточное внимание на состояние мочевыделительной системы. Патологоанатомы также не могут разрешить данную проблему, так как опущение почки нередко в горизонтальном положении возвращается на свое место, а трупное окоченение уменьшает подвижность почек.

При изучении литературных данных отмечена преимущественная локализация данного заболевания справа. На 91 случай (сборная статистика) Epschtein опущение правой почки отметил 65 раз, 14 раз левой и 12 раз обеих почек, нефроптоз наблюдается на правой стороне в 12-1 раз чаще, чем на левой. По данным И. М. Эпштейна (1959), опущение правой почки встречается в 5-6 раз чаще, чем левой, опущение почек, вызывающее клинические симптомы, встречается в 15% всех случаев нефроптоза.

Таким образом, нефроптоз встречается довольно часто – 1-6% у мужчин, 10-41,5% - у женщин. С ним приходится встречаться не только урологам, но и врачам других специальностей, которые должны быть знакомы с этой патологией. (4, с. 34-36)

*Пол и возраст больных*

В подавляющем большинстве случаев нефроптоз наблюдается у женщин. По данным Р. М. Фронштейна на 100 случаев опущенной почки у женщин она была в 85%. Legry на 1176 случаев нефроптоза находил его у мужчин в 13% и у женщин – в 87%. По данным других авторов, занимающихся изучением этой патологии, также видно, что женщины болеют нефроптозом чаще, чем мужчины.

В большинстве случаев опущение почки наблюдается в возрасте от 20 до 40 лет или к 30-40 годам (В. Д. Глебова, Б. Н. Хольцов, С. П. Федоров, Р. М. Фронштейн). По данным других авторов, нефроптоз чаще всего встречается между 25-40 или 30-40 годами (А. П. Фрумкин, А. Я. Абрамян).

У детей нефроптоз бывает крайне редко и встречается почти всегда справа преимущественно у девочек. Г. М. Межебовский и А. И. Мкртыу (1936) опущенную почку нашли у женщин в 75%, у мужчин – в 23%, а у детей только в 2% случаев.

Говоря о возрасте больных нефроптозом, следует иметь ввиду, что многие больные обращаются за медицинской помощью спустя большого промежутка времени после начала заболевания.

Таким образом, нефроптоз наблюдается значительно чаще у женщин, чем у мужчин (в 6-12 раз), преимущественно в возрасте от 20 до 45 лет. У детей опущение почки встречается крайне редко. (3, с. 36-40)

**4. Симптоматика и клиническое течение**

В I стадии симптомы нефроптоза скудны и малозаметны. Отмечаются тупые непостоянные боли в поясничной области, усиливающиеся при физической нагрузке и исчезающие в покое или в горизонтальном положении тела. Боли носят рефлекторный характер и возникают вследствие натяжения нервных ветвей ворот почки и ее ложа. С увеличением степени смещения симптомы заболевания усиливаются. Появляются боли в животе, больше со стороны нефроптоза, иррадиирущие в поясницу. Нередко боли начинаются сразу в пояснице, что бывает обычно при физической нагрузке (стирке, подъеме тяжести и т.п.). Начиная со II стадии, может обнаруживаться протеинурия и эротроцитурия как следствие венозной гипертензии в почке. В III стадии боли становятся постоянными и могут не исчезать даже в горизонтальном положении больного, что значительно снижает его трудоспособность.

При нефроптозе наблюдается снижение аппетита, нарушения функции кишечника, психическая депрессия, неврастения.

Прогрессирование заболевания приводит со временем к появлению новых или значительному усилению имевшихся ранее симптомов нефроптоза. Боли могут принять характер почечной колики, чему, как правило, предшествует физическая нагрузка. К этому времени обычно появляются осложнения нефроптоза – пиелонефрит, венозная гипертензия почек, артериальная гипертензия (повышение артериального давления), реже гидронефроз (расширение полостной системы почки). У многих больных атака пиелонефрита (воспалительное заболевание почек), форникальное кровотечение (кровотечение из половых путей), артериальная гипертензия могут быть первым клиническим проявлением нефроптоза. При этом повышения артериального давления вначале проявляется в виде ортостатической гипертензии, т.е. выявляется только в вертикальном положении больного.

Пиелонефрит – наиболее частое осложнение нефроптоза. Затрудненный венозный отток и нарушение пассажа мочи по верхним отделам мочевых путей создают в этом случае благоприятные условия для развития инфекции в межуточной ткани почки.

Форникальное кровотечение является следствием венозной гипертензии из-за затрудненного оттока крови из почки. Высокая степень такой гипертензии, которая обычно наступает при физической нагрузке, может привести к разрыву вен форникальной зоны. Поэтому гематурия (повышенное содержание крови в моче) у больных нефроптозом исчезает после пребывания больного в горизонтальном положении.

Артериальная гипертензия при нефроптозе носит вазоренальный характер, т.е. вызвана сужением почечной артерии в ответ на ее натяжение и перекрут. Сначала возникает ортостатическая гипертензия.

При длительным существования нефроптоза может возникнуть фибромускулярный стеноз почечной артерии в ответ на микротравму ее стенки при натяжении и перекруте. В этом случае артериальная гипертензия будет иметь место и в горизонтальном положении больного.

Гидронефроз при нефроптозе развивается редко и является следствием фиксированного перегиба мочеточника.(5, с.162-163)

**5. Диагностика**

Из опроса больного удается выяснить, что тупые боли в пояснице появляются обычно в вертикальном положении тела, усиливаются при физической нагрузке, обычно во второй половине дня и стихают в горизонтальном положении тела в покое. Гематурия также имеет отчетливую связь с физическим напряжением. В анамнезе можно выявить перенесенные не столь давно инфекционные заболевания, похудание, травму. При осмотре больного обращают внимание на аскетический тип телосложения, развитие жировой клетчатки и состояние мышечного тонуса передней брюшной стенки. Обычно удается прощупать подвижную почку, особенно в вертикальном положении больного.

Хромоцистоскопия (исследование мочевого пузыря) при нефроптозе сравнительно редко выявляет запаздывание выделения индигокармина (динатривая соль).

Основа диагностики нефроптоза – рентгенологические методы исследования. Наибольшее значение имеет экскреторная урография (метод исследования почек), выполняемая в горизонтальном и вертикальном положениях больного. Радиоизотопная ренография и скеннирование (сцинтиграфия) почек в аналогичных позициях позволяют определить положение и функциональную способность патологически подвижной почки.

К ретроградной пиелографии следует прибегать очень редко и выполнять ее с большой осторожностью. При фиксированном перегибе мочеточника и использовании жесткого катетера сожжет произойти перфорация мочеточника в месте его перегиба, поэтому ретроградную уретеропиелографию производят при введении катетера в мочеточник не выше чем на 10 см от устья с введением не более 3-5 мл раствора контрастного вещества.

В распознавании нефроптоза, особенно осложненного гипертонией, исключительно ценной является вертикальная аортография, которая позволяет провести дифференцирование с дистопией почки, выявить изменения почечной артерии и их связь с артериальной гипертонией.

Для более правильного выбора характера лечения и установления показаний к операции необходима рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта для выявления возможного спланхноптоза.

В распознавании осложнений нефроптоза большое значение имеют лабораторные методы исследования крови и мочи, позволяющие выявлять латентное течение пиелонефрита или венную почечную гипертензию. В последнем случае наблюдается ортостатическая ( т.е. проявляющаяся в вертикальном положении тела) протеинурия. (5, с.163-165)

*Дифференциальная диагностика*

Дифференцировать нефроптоз следует прежде всего с дистопией почки (аномалия расположения почек). Для этой цели применяют экскреторную урографию, ретроградную пиелографию, а иногда это удается только с помощью аортографии (метод рентгенологического исследования аорты). Дистопия характеризуется укороченным, натянутым мочеточником, отходящим от почки спереди ли снаружи; артерии такой почки обычно множественные, уровень их отхождения от аорты ниже нормального.

Когда почка пальпируется и имеется гематурия, следует исключить опухоль почки. Ведущим дифференциально-диагностическим методом и здесь является аортография. Пальпируемую почку приходиться дифференцировать даже с опухолью органов брюшной полости, водянкой желчного пузыря, кистой яичника и т.д. При наличии почечной колики дифференциальный диагноз следует проводить с острыми воспалительными заболеваниями органов брюшной полости и женской половой сферы. (4, с.150)

**6. Классификация заболевания**

Для распределения нефроптоза по группам по группам или степеням предложено много разнообразных классификаций. (С. П. Боткин, 1884;Hulbert, 1892; Glenard; 1902, Tuffier, 1905; Howell, Wilson, 1907; Pasteau, 1907; С. П. Федоров, 1923; П. И. Гельфер, 1934; Bock, 1960 и др.) Множество классификаций свидетельствует о сложности этой проблемы и тех трудностях, с которыми встретились многочисленные авторы при ее изучении.

Многие классификации предложены еще до введения рентгенологического метода исследования мочевыделительной системы и построены на данных пальпации, топографо-анатомических отношениях, этиологии или отдельных симптомах. Наиболее простой из них является классификация, предложенная в 1884 году С. П. Боткиным, который различал две степени опущения почки: 1) высокое стояние почки: нижний полюс ее прощупывается под краем ребер и доходит до пупочной линии; 2) низкое стояние почки: нижний полюс прощупывается, целиком выходит из подреберья опускается нижу пупочной линии.

В. Д. Глебова (1889) опущение почки разделяла на три степени по отношению их к последним ребрам.

1. Первая степень опущения – прощупывание 1/3 почки.
2. Вторая степень опущения - прощупывание 1/3 – 2/3 почки.
3. Третья степень – прощупывание всей почки.

В 1893 году Mathieu предложил свою классификацию, в основном схожую с классификацией Глебовой.

Hilbert (1892) различает:

1. Ren palpabilis – прощупывается нижний полюс или нижняя половина почки.
2. Ren mobilis - прощупывается вся почка.
3. Ren migrans – свободное опущение почки кнутри и книзу.

Glenard (1902) предложил делить все случаи нефроптоза на четыре степени:

1. Прощупывается, но не удерживается рукой нижний полюс почки.
2. Прощупывается и удерживается почка.
3. Прощупывается верхний полюс почки и есть возможность пройти выше его.
4. Ясно прощупывается почка со всех сторон даже во время выдоха.

Alglave (1907) устанавливает положение почки между ребрами и подвздошным гребнем, подразделяя при этом опущение ее на три степени:

1. Нижний полюс почки вышел из-под реберного края, но не достиг подвздошного гребня.
2. Нижний полюс почки спустился до подвздошного гребня
3. Нижний полюс почки находится в верхневнутреннем отделе внутренней подвздошной впадины, то есть ниже гребня.

Tuffier и Duchesse (1889) классифицируют нефроптоз по этиологическим признакам:

* Результат травмы.
* Результат общего страдания.

Ряд авторов в основу своей классификации положили клиническую картину опущения почки. Так, по Herre, следует различать три степени нефроптоза:

1. Подвижная почка без явления ущемления.
2. Подвижная почка с явлением ущемления.
3. Подвижная почка с признаками приращения.

Tuffier (1905) различал: 1) болевую, 2) диспепсическую и 3) неврастеническую формы нефроптоза.

Я. Г. Готлиб (1931) с точки зрения диагностики все случаи опущения почки разделял на четыре группы:

1. Больные, у которых отсутствуют какие-либо субъективные жалобы и изменения со стороны мочи, но у которых пир обследовании, вызванном случайной причиной, обнаружено опущение почки.
2. Больные, у которых опущенная почка вызывает приступы острых болей с характерной для почечной колики локализацией и иррадиацией.
3. Больные с нехарактерными для почечной колики приступами.
4. Больные без приступов острых болей, но все же жалуются на более или менее постоянные или периодически появляющиеся тупые боли.

Перечисленные классификации, как и многие другие, не охватывают всех форм и видов опущения почек и не имеют большого практического значения. Одни авторы выделяют только клинические, другие – этиологические или патогенетические признак болезни. Помимо того, что классификации страдают односторонностью, в них учитываются признаки непостоянные и второстепенные.

Многочисленные клинические наблюдения показали, что, во-первых, все те симптомы, с которыми больные обращаются к врачу, не зависят от степени смещения почек, во-вторых, нередко опущение почки не вызывает каких-либо болезненных явлений и почка не претерпевает особых анатомических изменений, а в-третьих – очень часто с трудом прощупываемая ил вовсе не прощупываемая почка вызывает клинические симптомы нефроптоза вплоть до анатомических ее изменений, вследствие своего поворота вокруг различных осей.

В связи с этим Howell и Wilson (1907) предложили следующую классификацию:

1. Простое смещение почки.
2. Смещение почки с поворотом нижнего полюса почки кнутри ее.
3. Смещение почки с поворотом нижнего полюса кнутри ее и кпереди. Смещенная почка свободно движется в стороны, не совершая дыхательных движений.
4. Поворот почки без смещения, почка не прощупывается.

А. П. Крымов (1932) различает следующие формы нефроптоза:

1. Nephroptosis simplex – при вертикальном положении больного почка отпускается книзу, не меняя своего направления, вместе с мочеточником, причем последний образует дугообразный изгиб, а в горизонтальном положении больного почка уходит в свое нормальное ложе.
2. При опускании почки получается перегиб мочеточника.
3. Торзия почки.
4. Опущение почки с торзией.
5. Фиксированное смещение почки с перегибом мочеточника.

П.И. Гельфер (1934) различает:

А. Нормальную подвижность почки.

Б. Подвижное смещение: 1) вместе с мочеточником, 2) смещение без торзии с перегибом мочеточника, 3) смещение с торзией (запрокидывание почки книзу), 4) смещение с пиелоэказией, уретероэктазией, 5) торзия без смещения.

В. Фиксированная почка: 1) высокая фиксация – пластический паранефрит, 2) фиксированное смещение – пластический процесс около смещенной почки и мочеточника.

Г. Дистопия почки – подвижная и фиксированная.

Из вышеперечисленных классификаций последняя является наиболее полной, но вместе с тем и наиболее сложной, так как в эту классификацию внесены и нормальная подвижность почек, и аномалия их развития (дистопия).

Значительную научную и практическую ценность имеет классификация С. П. Федорова (1908), которая на протяжении десятков лет не потеряла своего значения и широко применяется в практической медицине:

1. Смещенная опущенная почка подвижная а) вправимая; б) не вполне вправимая;
2. Смещенная опущенная почка фиксированная, вторично неподвижная.

Д. Д. Мурванидзе (1962) несколько упростил эту классификацию. Так как патогенез, клиническая картина, течение и лечение поворота почек ничем не отличаются от нефроптоза, автор объединил их и выделил в отельные группы:

1. Нефроптоз: подвижный и фиксированный.
2. Повороты почки вокруг своей оси.

Характерной чертой для всех предложенных классификаций является их схематичность, которая не позволяет вложить в них все разнообразие анатомо-физиологических и клинических особенностей нефроптоза. Кроме того, ни одна из них не может полностью учесть той многообразной клинической картины, которой обладает нефроптоз. (3, с. 73-78)

**7. Лечение нефроптоза**

На ранних стадиях заболевания при отсутствии резких болей, если еще не развились осложнения, нефроптоз можно вылечить консервативными методами. К таким методам относятся ортопедическое лечение: специальный бандаж утром, перед тем как встать с постели, надевают на глубоком выдохе на живот, находясь в горизонтальном положении, и снимают вечером. Предлагается много различных бандажей, поясов, корсетов, но они должны быть изготовлены индивидуально для каждого конкретного больного. Противопоказанием для ортопедического лечения служит лишь почка, фиксированная на новом месте спаечным процессом. Во всех остальных случаях оно показано.

При первой стадии нефроптоза полезны санаторно-курортное лечение, массаж живота, лечебная гимнастика, направленная на укрепление мышц брюшного пресса и спины, обеспечивающая нормальное внутрибрюшное давление и ограничивающая смещаемость почек вниз.

Лекарственными препаратами невозможно поставить почку на место. Однако они лечат осложнения нефроптоза. Скажем, пиелонефрит поддается лечению курсами антибиотиков (ампициллина, эритромицина), уросептиков (фурадонина, нитроксолина). Повышенное артериальное давление при почечной артериальной гипертензии несколько снижается гипотензивными препаратами (атенололом, верапамилом). Обычно назначают спазмолитические, обезболивающие, противовоспалительные средства.

Необходимо ограничение тяжелых физических нагрузок.

Если нефроптоз развился в результате похудания больного, то необходимо достаточное питание для того, чтобы набрать потерянный вес.

Для лечения нефроптоза применяют также комплекс физических упражнений, направленных на укрепление мышц брюшного пресса. Предлагаем комплекс упражнений, которыми следует заниматься по 20-30 минут ежедневно, лучше в утренние часы:

1. Лечь на спину, слегка согнуть ноги в коленях. Надуть живот во время вдоха, задержать дыхание и втянуть во время выдоха. Повторить 5-10 раз.

2. Исходное положение - прежнее. На вдох - поднять вытянутые ноги вертикально вверх, на выдох - вернуть ноги в исходное положение. Повторить упражнение 5-10 раз.

3. Лежа на спине, поднять ноги, колени вместе. Ноги развести - вдох, ноги скрестить - выдох. Повторить 6 раз.

4. Исходное положение - на спине с валиком под поясницей высотой 10-15 см (возможна сложенная подушка). На вдох - согнуть правую ногу, на выдох - вернуть ногу в исходное положение. На вдох - согнуть левую ногу, на выдох - в исходное положение. Повторить несколько раз.

5. Исходное положение - на спине с валиком под поясницей. На вдох - поднять правую ногу вверх, на выдох - вернуть ногу в исходное положение. На вдох - поднять левую ногу вверх, на выдох - вернуть ногу в исходное положение. Повторить несколько раз.

На поздних стадиях нефроптоза, когда почка уже находится в малом тазу и не возвращается в поясничную область самостоятельно, при нарушениях гемодинамики почки, уродинамики верхних мочевых путей, значительных болях, развитии пиелонефрита, гипертензии показано оперативное лечение — нефропексия (фиксация почки к соседним анатомическим образованиям). На этой операции уролог возвращает почку в ее обычное ложе в поясничной области и укрепляет ее там. В послеоперационном периоде необходимо соблюдение постельного режима в течение 2 недель, чтобы почка надежно закрепилась в своем ложе. Своевременно проведенная операция обычно дает хорошие результаты. Существует более 300 методик этой операции. Только врач решает, какой отдать предпочтение в каждом конкретном случае. Операция предлагается при 2-3-й стадии нефроптоза. Преходящая артериальная гипертензия, как правило, уходит, и артериальное давление нормализуется. Но запоздалая операция не всегда дает положительный эффект, если имеют место такие осложнения, как хронический пиелонефрит и гидронефроз. (8, 09.11.10, 19:55)

*Алгоритм организации медицинской помощи больным нефроптозом* (5, с. 167)

*Таблица 1*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| АМБУЛАТОРНО(поликлинически) | СТАЦИОНАРНО | КОНСЕРВАТИВНОЕ |
| Сбор жалоб и анамнеза. Боль, гематурия, атака пиелонефритаПальпация почки и измерение артериального давления в положении больного лежа и стоя. Ультразвуковое исследованиеЛабораторные работы: анализ мочи (протеинурия, эритроцитурия), крови (креатинин, мочевина). Посев мочиЭкскреторная урография и ультразвуковое исследование в положении больного лежа и стоя | Почечная ангиография при стабильной артериальной гипертензии с одной рентгенограммой в положении обследуемого стоя.НефропексияПри отсутствии эффекта от консервативного лечения (пиелонефрит, гематурия, ортостатическая артериальная гипертензия)Пластика почечной артерии + нефропексияПри артериальной гипертензии или вазоренальном ее характере (стеноз почечной артерии) | 1. ЛФК
2. Бандаж
3. Антибактериальное и противоспалительное
4. Диспансеризация контроль эффекта через 6 мес
 |

*Прогноз*

Без соответствующего лечения прогноз заболевания неблагоприятный. Почти 20% больных теряют работоспособность из-за возникновения осложнений. Своевременное начатое консервативное и оперативное лечение делает прогноз у большинства больных вполне благоприятным. Следует помнить о необходимости трудоустройства больных после нефропексии с ограничением физической нагрузки или освобождением от нее в течение 6 мес. (5, с. 167)

**8. Профилактика нефроптоза**

Предупредить нефроптоз легче, чем лечить. Для этого надо:

1. Ещё с детства следить за своей осанкой, не допускать ее нарушения и деформации позвоночника. К необходимым мерам относятся: рациональное оборудование рабочего места школьника, правильная осанка за столом, равномерное распределение нагрузки на правую и левую руки, закаливание детей.
2. При астеническом телосложении следует исключить силовые упражнения.
3. При выборе профессии учитывать опасность постоянного тяжелого физического труда, вынужденного положения, вибрации, длительного стояния на одном месте.
4. Женщинам при беременности - носить дородовой бандаж. После беременности необходимо уделять внимание своему здоровью, время от времени выполняя легкие физические упражнения, особо обращая внимание на развитие мышц брюшного пресса.
5. Не допускать резкого похудания или истощения, при астении - правильно, полноценно и калорийно питаться.
6. Беречься от травм.
7. Ели у вас появятся тянущие боли в пояснице, когда вы стоите, которые исчезают, когда вы ложитесь, необходимо своевременно обратиться к врачу. (8, 09.11.10, 19:55)

**Заключение**

Таким образом, нефроптоз является весьма распространенным заболеванием в настоящее время, встречающееся преимущественно у женщин.

В своей работе я рассмотрела основы анатомии и физиологии почек, этиологию и патогенез, общие сведения о нефроптозе, симптоматику и клиническое течение заболевания, диагностику нефроптоза. Выяснилось, что тупые боли в пояснице появляются обычно в вертикальном положении тела, усиливаются при физической нагрузке, обычно во второй половине дня и стихают в горизонтальном положении тела в покое. Основа диагностики – рентгенологические методы исследования. Наибольшее значение имеет экскреторная урография.

Для распределения нефроптоза по группам или степеням предложено много разнообразных классификаций. Изучением нефроптоза занимались такие врачи как С. П. Федоров, С. П. Боткин, П. И. Гельфер, В. Д. Глебова и др.

Большое значение имеет как лечение, так и профилактика нефроптоза. Многие больные обращаются за медицинской помощью спустя большого промежутка времени после начала заболевания, что приводит к более длительному лечению, ухудшению самочувствия, также к наиболее частому осложнению нефроптоза – пиелонефриту. Без соответствующего лечения прогноз заболевания неблагоприятный. Почти 20% больных теряют работоспособность из-за возникновения осложнений. Большое внимание нужно уделять профилактике заболевания, ведь предупредить нефроптоз легче, чем лечить.

**Список использовавшейся литературы**

1. Краткая медицинская академия. Т. 2. / Под редакцией Б. В. Петровского. Изд.второе. М.: "Советская энциклопедия", 1989, 608 с.
2. Клиническая нефрология. / Под редакцией Е. М. Тареевой. М.: "Медицина", 1983, Т. 1. 460 с.
3. Чухриенко Д. П., Люлько А. В. Нефроптоз. Киев: "Здоровꞌя", 1969, 183 с.
4. Урология. / Под редакцией Н. А. Лопаткина. М.: "Медицина", 1977, 438 с.
5. Урология. / Под редакцией акад.РАМН Н. А. Лопаткина. Изд.пятое, переработанное и дополненное. М.: "Гэотар-Мед", 2002, 516 с.
6. Минкин Р.Б. Болезни почек. Ленинград: "Медицина" Ленинградское отделение, 1990, 158 с.
7. <http://www.medfix.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=1052:2009-03-15-10-47-17&catid=61:2009-03-14-19-08-05> (09.11.10, 19:33)
8. <http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=87310> (09.11.10, 19:55)