

ДО ПИТАННЯ ПРО НЕФРОПТОЗ

Нефроптоз (блукаюча нирка, рухлива нирка) – патологічний стан, що характеризується надмірною рухливістю нирки зі зміщенням її донизу у вертикальному положенні тіла. Проблема нефроптозу і його лікування залишається однією з найактуальніших в сучасній урології. З одного боку, це пов'язано з широкою поширеністю захворювання, що становить 6,2% в популяції урологічних хворих і до 18,4% в популяції хворих з патологією нирок. З іншого боку, це пов'язано з непрацездатністю у 20-35,2% хворих на нефроптоз, 80% яких становлять жінки.

Нефроптоз виявляється переважно у віці 20-40 років у 1,54% жінок і 0,12% чоловіків, що пояснюється особливостями конституції жіночого організму, зокрема більш широким тазом. Правобічний нефроптоз зустрічається в популяції частіше, ніж лівобічний, і становить 73,5% від загальної кількості випадків аномалії проти 19,3% відповідно, що є результатом більш низького розташування правої нирки; крім того, ліва нирка має сильніший зв'язковий апарат. Двосторонній нефроптоз спостерігається в 7,2% випадків.

У фізіологічному положенні нирка утримується за допомогою фіксуєчого апарату, який складається з судинної ниркової ніжки та її оболонки: фіброзної та жирової капсули і фасції. Також нирку утримує черевний тиск і м'язове ложе.

Фактори, що впливають на фіксуєчий апарат, відповідальний за підтримку нирки в нирковому ложі, можуть призводити до слабкості зв'язкового або м'язового апарату, а в подальшому до її опущення. Головними причинами нефроптозу є:

1. Вроджена *неповноцінність зв'язкового апарату* нирки внаслідок дисплазії сполучної тканини. З боку сечовидільної системи ДСТ проявляється нефроптозом – в 9,1-20% випадків;

2. Попередні *інфекційні захворювання* нирок, що знижують активність мезенхіми і призводять до тяжких змін в сполучнотканинних утвореннях;

3. *Значне зниження ваги* з редукуванням паранефральної жирової клітковини;

4. Ослаблення тону передньої черевної стінки зі зниженням внутрішньочеревного тиску після *вагітностей або пологів*, що зумовлює велику поширеність нефроптозу серед жінок. Крім того, зростання ризику і ступеня нефроптозу збільшується з кількістю пологів;

5. Пошкодження зв'язкового апарату нирки в результаті *травми*;

6. За даними П. І. Гельфера, опущенню нирки може сприяти раптове, значне напруження м'язів при одночасному розслабленні інших м'язів, що сприяє «стрибкам» внутрішньочеревного тиску. Це явище спостерігається під час фізичних вправ. Сприяти нефроптозу можуть і особливості трудової діяльності, що пов'язана з вібрацією (водії), фізичною напругою

(вантажники), з тривалим перебуванням у вертикальному положенні (перукарі);

7. *Астенічний тип* конституції і швидка зміна пропорцій тулуба під час зростання;

8. Внутрішньоутробно може формуватися така схильність до нефроптозу, як аномалії органів сечостатевої системи і скелета, недорозвинення або відсутність ребер, порушення поперекових хребців.

9. *Деформації хребетного стовпа* в постнатальному періоді:

Відповідно до думки нефролога Ю. А. Абрамова, однією з причин нефроптозу є деформації хребетного стовпа. Автор відзначає таку закономірність: нефроптоз поєднується з деформаціями хребта в 2,5 рази частіше, ніж у загальній масі дітей. Крім цього, автор констатує факт наростання числа випадків нефроптоз зі збільшенням кількості деформацій хребетного стовпа. Підтверджуючими думку Ю. А. Абрамова, є відомості Р. Ф. Акберова і його співавторів, які відзначили у дітей поєднання нефроптоз і сколіозу I-II ступеня тяжкості в 11,6% випадків;

10. Нефроптоз може виникати в результаті *інших захворювань* нирки: нефроптоз в результаті збільшення маси нирки при гідронефрозі.

Висновок. Таким чином, нефроптоз є захворюванням, причинами якого можуть бути як вроджені патології, які сприяють формуванню схильності до захворювання, так і фактори, які впливають на організм в постембріональному періоді.

Список використаних джерел:

1. Комяков Б. К. Урология / Б. К. Комяков. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 464 с.
2. Лопаткин Н. А. Урология / Н. А. Лопаткин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 815 с.
3. Мамедов Х. Х. Патогенетическое обоснование хирургического лечения нефроптоза : дис. канд. мед. наук : 222 / Мамедов Х. Х. – Москва, 2017. – 148 с.
4. Панкратова Г. С. Оценка состояния мочевыделительной системы у детей с идиопатическим сколиозом : дис. канд. мед. наук : 222 / Панкратова Г. С. – Санкт-Петербург, 2017. – 137 с.
5. Привес М. Г. Анатомия человека / М. Г. Привес, Н. К. Лысенко, В. И. Бушкович. – Москва: Медицина, 1985. – 672 с.

**Муштафіна Г. М., Старченко І.І., Кока В.М.
Полтавський державний медичний університет, м.Полтава**

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ПЕЧІНКОВИХ КЛІТИН ЗА УМОВ ТРИВАЛОГО ВПЛИВУ ХАРЧОВИХ ДОБАВОК В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Мета роботи: вивчення в експерименті особливостей будови гепатоцитів білих щурів після введення в раціон комплексу харчових добавок (глутамат натрію, нітриту натрію, понсо 4R) протягом шістнадцяти тижнів.