



ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Курбонов Т.А.

Термизский университет экономики и Сервиса , кафедра Терапевтических наук
доцент, канд. мед.наук

Актуальность проблемы. Дистопии почек у детей относятся к малоизученному вопросу детской хирургии. Сообщения об этом пороке ограничиваются обзорами литературы с описанием единичных авторских наблюдений, в которых можно встретить множество противоречий, недостаточно обоснованных положений и рекомендаций. Данный вид патологии почек имеет большую клиническую значимость для детских хирургов и урологов.. Имеющиеся сообщения основаны на единичных наблюдениях разработать рациональную диагностику и лечение дистопии почек у детей.

Цель работы - разработать рациональную диагностику и лечение дистопии почек у детей. Выявить особенности клинической картины дистопии почек у детей в зависимости от ее форм. Изучить морфологическое строение при данном пороке развития в зависимости от различной локализации дистопированной почки. Установить наиболее рациональные способы диагностики дистопии почек у детей

Ключевые слова: дистопия почки, дети, врожденные аномалии, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, нефросцинтиграфия.

Материалы и методы: . Впервые на основании изучения больногоклинического материала выявлены особенности клинической картины заболевания в зависимости от расположения дистопированной почки. Изучена практическая ценность методов диагностики и установлена их последовательность для диагностики данной патологии. Впервые описана значимость в диагностике при данной аномалии ультразвукового обследования..

Основным этапом диагностики было рентгенологическое исследование мочевыводящих путей. Начинали обследование с обзорной рентгенограммы брюшной полости, позволяющей обнаружить тень почки и наличие конкрементов. Затем выполнялась экскреторная урография с использованием ампулированных препаратов (верографина, триомбраста, урографина, уротраста и др.). Контрастное вещество вводили



внутривенно из расчета 2,0 мл 60% раствора на 1 кг веса ребенка. В случаях снижения концентрационной способности почки или при необычном ее расположении на фоне костей таза или позвоночника мы прибегаем к инфузионной нефрографии. При этом ребенку внутривенно медленно или капельно вводим контрастное вещество из расчета 4,0 мл 50% раствора на 1 кг веса с равным количеством 5% глюкозы. Инфузионную нефрографию мы часто дополняем томографией. При этом тень на рентгенограмме является проекцией той части органа, которая попадает на томографический срез. Если его уровень выбран правильно, то на томограмме получается четкое изображение полостей почки. Рентгенограммы производили через 7, 15, 30 мин после введения контрастного вещества. При снижении функциональной

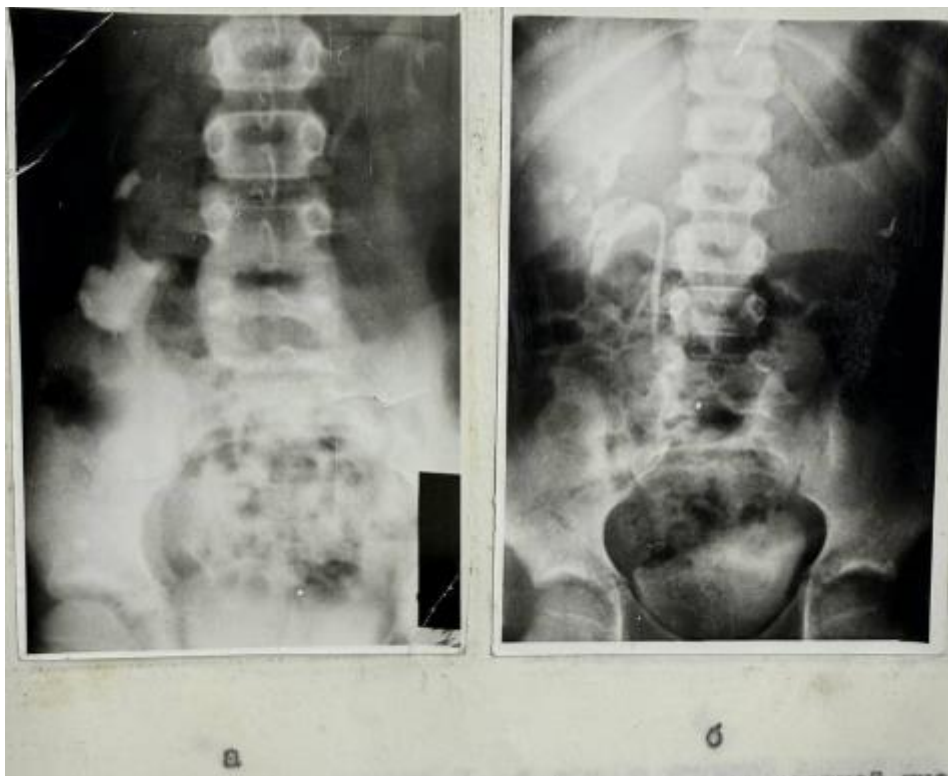


Рис-1 Рентгенография мальчика А. 10 лет с перекрестно- дистопированной единственной левой почки: а.) лоханки левой почки контрастируется в правой поясничной области. б.) ретроградная пиелография слева

способности дистопированной почки производились отсроченные рентгенограммы через 1-2 и даже 4-6 часов. У детей с удовлетворительной концентрационной способностью дистопированной почки на урограммах контрастировалась лоханка, прослеживалась тень короткого мочеточника. Нарушение оттока в пиелоуретеральном сегменте имело характерные признаки: округлые чашечки, расширенная, с четкими контурами лоханка и отсутствие тени мочеточника.



Рис- 2 Ретроградная пиелография девочка Д, 1 год 8 месяцев с тазовой дистопией левой почки

Рентгенологическим признаком поясничной дистопии почки является аномалия поворота. Лоханка при этом обращена кпереди. Почка находится на 1-2 позвонка ниже нормы. Мочеточник отходит кпереди или латерально.

Для подвздошной дистопии почки характерно расположение ее в подвздошной области на уровне крыла подвздошной кости. Лоханка неправильной формы, обращена кпереди, почка ротирована.

Характерным рентгенологическим признаком тазовой дистопии почки является низкое расположение ее в области таза. При внутривенной урографии отмечается контрастирование неправильной формы лоханки в области таза. На 7-15 мин выявляется короткий мочеточник. При отсутствии контрастирования мочеточника прибегаем к отсроченным снимкам. Если дистопированная почка находится в проекции тазовых костей или позвоночника, то для лучшей визуализации прибегнем и ретроградной пиелографии.

При перекрестной дистопии почек, если функция дистопированного органа не нарушена, на урограмме через 7-15 мин отмечается контрастирование почек по одну сторону от позвоночника. При этом дистопированная почка ротирована лоханкой



кпереди, расположена близко к позвоночнику, контуры ее не определяются. Если сращении органов нет, то лоханки контрастируются на значительном расстоянии друг от друга. В подобных случаях мы прибегаем и радиоизотопному сканированию почек. Если эвакуаторная функция дистопированной почки удовлетворительная, то на 15-20 мин прослеживается мочеточник, перекрещивающийся с позвоночником, и открывшийся на своей стороне мочепузырного треугольника. Иногда мочеточник не прослеживается из-за снижения функции почки или в связи с проекцией его на позвоночник или кости таза. В таких случаях используем ретроградную пиелографию с целью получения более четкого изображения лоханки и мочеточника аномальной почки.

Под нашим наблюдением была единственная больная с торакальной дистопией почки. В этом случае при экскреторной урографии в грудной полости контрастировалась лоханка с мочеточником, имеющим большую длину. У больной не было ротации почки и расширения лоханки, мочеточник не был изменен.



Рис- 3

Рентгенография девочка К, 4 лет с грудной дистопией левой почки: левая почка контрастируется в грудной полости слева с длинным мочеточником урография является наиболее эффективным и шадящим методом диагностики при единственной дистопированной почке, с ее помощью мы определяем степень поражения больного органа и отсутствие почки, с другой стороны. На рентгенограмме контрастируется неправильной формы лоханка. При удовлетворительной эвакуаторной способности прослеживается мочеточник, идущий от лоханки единственной дистопированной почки. Диагноз полностью подтверждается при сочетании данного метода с инструментальными методами исследования (цистоскопия, хромоцистоскопия).

Для уточнения размеров и локализации органа экскреторную нефрографию выгодно проводить на фоне пресакрального ретропневмоперитонеума. Для этого под контролем пальца, вставленного в прямую кишку, ребенку пресакрально вводит кислород из



расчета 100 см 3 год жизни. Газ подчеркивает наружный контур почки и помогает выявить нефункционирующие участки.

Для уточнения кровоснабжения дистопированной почки иногда мы прибегаем к аортографии. Техника аортографии: под масочным обезболиванием, в положении на спине на рентгеновском столе после обработки поля в проекции бедренной артерии, после определения пульсации производится ее пункция. Затем вводят полихлорвиниловый катетер. По катетеру сначала вводят 5,0 мл новокаина с целью снятия сосудистого спазма, затем контрастное вещество из расчета 1,5 мл 76% раствора на 1 кг веса больного (не более 20,0 мл). Снимок производится в момент введения контраста. При помощи этого обследования у 10 больных выявлены добавочные аномальные сосуды

С целью функциональной диагностики всем детям проводили пробу Зимницкого, Реберга, биохимическое исследование крови, определение содержания остаточного азота и мочевины в сыворотке крови. Как правило, эти показатели при одностороннем пороке развития и даже при его гидронефрозе оставались в пределах возрастной нормы, что объясняется высокими компенсаторными возможностями детского организма. При дистопии единственной почки и ее гидронефрозе биохимическое последование помогало установить наличие почечной недостаточности и определить её степень. У двух больных с гидронефрозом единственной тазовой почки отмечены нарушения в электролитном составе крови (гипокальциемия, гиперфосфатемия, диспротеинемия), повышение содержания остаточного азота и мочевины сыворотки крови, а также метаболический ацидоз.

Дистопии почек нам приходилось дифференцировать с рядом хирургических заболеваний брюшной полости. Наиболее частой диагностической ошибкой являлось подозрение на острый аппендицит. Часть больных поступала после ошибочно проведенной аппендэктомии по месту жительства. Наибольшее число ошибок отмечено среди детей с подвздошной, перекрестной и тазовой дистопией почек. Основными дифференциально диагностическими признаками являлись приступообразные или периодические боли в животе, наличие пальпируемого опухолевидного образования, дизурические явления, отсутствие общих симптомов воспаления (повышение температуры тела, интоксикация).

Известные трудности представляет дифференциальный диагноз дистопии почек с опухолью или кистой брюшной полости. На основании пальпаторных данных дистопированную почку нередко принимают за кисту брыжейки или аппендикулярный инфильтрат. В таких случаях мы рекомендуем ультразвуковое исследование и проведение внутривенной урографии.



Нам пришлось дифференцировать данное заболевание с острой кишечной непроходимостью. При дистопии почки могут возникнуть явления пареза кишечника вплоть до частичной кишечной непроходимости, связанные с давлением органа на петли кишки. Дизурические явления, отсутствие симптомов раздражения брюшины, невыраженность диспептических явлений и симптомов воспаления могут служить поводом для урологического обследования с целью исключения данного порока развития.

В двух случаях данную патологию нам пришлось дифференцировать с острым холециститом. Дизурические явления, наличие прощупываемой опухоли в брюшной полости или в области поясницы, патологические изменения в анализах мочи говорят в пользу урологического заболевания.

Большинство наблюдаемых нами больных длительно и многократно лечились в детских стационарах по поводу пиелонефрита. Однако урологическое обследование проведено не было, что значительно отсрочило установление диагноза. Изучая течение заболевания, мы отметили ряд особенностей в течении вторичного пиелонефрита, связанных с данной аномалией развития: заболевания (лейкоцитурия) носили рецидивирующий характер, сопровождались приступообразными болями, появлением опухолевидного образования в животе. Для установления диагноза большое значение имеет рентгенологическое обследование почек.

Заключении: Таким образом, особенности клинического течения *дистопии почек зависят от ее локализации, характера* кровоснабжения, отношения дистопированной почки к соседним органам и наличия осложнений, а также вторичных изменений в почках.

При поясничной дистопии на первое место выходят явления рецидивирующего пиелонефрита с болевым синдромом.

При подвздошной дистопии почек ведущим симптомом является наличие прощупываемой опухоли в животе.

Для тазовой и перекрестной дистопии характерным признаком является наличие болевого синдрома с диспептическими явлениями, особенно в раннем возрасте, связанного с невыгодным положением

дистопированной почки и нередко аномальным ее кровоснабжением.

Наиболее тяжелое течение заболевания отмечено в случаях единственной дистопированной почки с гидронефротической трансформацией.



Клинические данные позволяли лишь заподозрить наличие дистопированной почки. Поставить окончательный диагноз можно только с помощью специального обследования.

Литература

1. Курбанов Т.А «Болаларда буйрак дистопия касаллиги».
2. Осипов И.Б Курбанов Т».АБолаларда буйрак дистопиясининг клиник кечиши».
3. Баиров Г.А, Осипов И.Б, Головки Ю.И, Курбанов Т.А « Болалар буйрак дистопиясида жаррохлик амалиетлари «
4. КурбановТ.А , Осипов И.Б « дистопия касаллигида утказилган жаррохлик амалиетлари натижалари».
5. Campbell-Walsh-Wein Urology.
6. Nelson Textbook of Pediatrics.
7. European Association of Urology (EAU) Guidelines.
8. American Urological Association (AUA) Guidelines.
9. Клинические рекомендации по детской урологии Российской Федерации.