

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ

Курбанов Тукташ Алимович

Термезский университет экономики и сервиса, кафедра терапевтических наук, доцент, кандидат медицинских наук.

kurbanovtuktas@gmail.com

Аннотация: Дистопия почки является одной из наиболее распространённых врождённых аномалий мочевой системы. Заболевание может длительное время протекать бессимптомно или сопровождаться инфекциями мочевых путей, нарушением уродинамики, нефролитиазом и гидронефрозом. Дистопия почек является врожденной аномалией развития мочевой системы, возникающей вследствие нарушения эмбриональной миграции почки. Несмотря на относительно редкую встречаемость, данная патология имеет важное клиническое значение, поскольку может сопровождаться инфекциями мочевыводящих путей, гидронефрозом, мочекаменной болезнью и нарушением функции почек. В статье представлены современные сведения об эпидемиологии, классификации, клинической картине, диагностике и лечении дистопии почек у детей.

Цель исследования: Проанализировать современные данные литературы по вопросам диагностики, клинического течения и лечения дистопии почек у детей. Изучить современные литературные данные о клинических особенностях, диагностике и лечении дистопии почек у детей.

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

Материалы и методы: Проведен анализ отечественной и зарубежной научной литературы, опубликованной за последние годы, посвященной вопросам диагностики, клинического течения и лечения дистопии почек у детей. Используются данные клинических рекомендаций и современных научных публикаций.

Дистопия почки подразделяется на тазовую, подвздошную, поясничную, грудную и перекрестную формы. Наиболее распространенной является тазовая дистопия. Клинические проявления зависят от локализации почки и наличия осложнений. Основными симптомами являются боли в животе или пояснице, инфекции мочевыводящих путей, нарушения мочеиспускания, гидронефроз и нефролитиаз. У значительной части детей заболевание протекает

бессимптомно. Основным методом первичной диагностики является ультразвуковое исследование. Для уточнения анатомии применяются компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, экскреторная урография и радиоизотопная нефросцинтиграфия. Лечение определяется клинической ситуацией. При отсутствии осложнений показано динамическое наблюдение. При развитии инфекционных осложнений проводится антибактериальная терапия. При выраженном нарушении уродинамики, гидронефрозе или мочекаменной болезни может потребоваться хирургическое лечение.

На клинических базах кафедры хирургии детского возраста ЛПМИ за последние годы лечились 91 больной ребенок с дистопией почки в возрасте от 2 до 14 лет. Из них девочки -59, мальчиков 32. Гомолатеральная-84, гетеролатеральная – 7, поясничная дистопия выявлена у 38, подвздошная у 24, тазовая у 21, грудная у 1 ребенка.

До поступления в клинику все дети неоднократно находились в различных детских стационарах с различными диагнозами. Соответственно этому мы разделили всех контингентов на 4 группы по признаку преобладания тех или иных симптомов в клинической картине заболевания

В первую группу вошли 87 детей с болевым синдромом: боли в животе, пояснице и грудной клетки и т.д. Больные как правило, находились в подозрении на острые заболевания брюшной полости. Наиболее часто диагностические ошибки у больных этой группы наблюдались при подвздошной и тазовой дистопии почек в связи с локализацией болей, когда данные симптомы принимались за острый аппендицит, кишечную непроходимость и опухоли брюшной полости. Из этой группы больных у 6 были подвернуты неправильному оперативному вмешательству: аппендэктомия-5, лапаротомия-1. Во вторую группу вошли 39 детей, у которых на первый план выступали явления хронического пиелонефрита. Из этих пациентов 33 обследовались неоднократно в различных детских стационарах. Данной группы больных давность заболевания до установления правильного диагноза различная: у 10 от 1 до 3 лет, у 18-от 4 до 6 лет, у 8- от 7 до 9 лет.

В третью группу вошли 12 больных неоднократно обследовавшихся по поводу недержания мочи (6) и энуреза (6). У 4 больных ночной энурез, у 2 дневной, недержания мочи у 3 сопровождалось периодическими

болями в животе. Давность заболевания до установления диагноза: у 7 больных от 2 до 4 лет, у 5- от 5 до 9 лет. В четвертую группу вошли 4 больных с перенесенной травмой живота. Из них у 3 отмечено наличие опухоли в области

пупка, у 2- периодические боли в животе и пояснице, у 2- микрогематурия, у3- наличие белка в моче, у 1- лейкоцитурия.

Ранняя диагностика позволяет своевременно предупредить развитие осложнений и выбрать оптимальную тактику наблюдения или хирургического лечения. Установлено, что основными методами диагностики являются ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, экскреторная урография и динамическая нефросцинтиграфия. Выбор лечебной тактики определяется видом дистопии, функциональным состоянием почки и наличием осложнений. Распознавание дистопии почек у детей на основании клинических данных довольно трудно, иногда практически невозможно. Решающую роль в диагностике имеет рентгенологическое и радиоизотопное обследование больного. Дистопия почек у детей является важной врожденной аномалией мочевой системы. Современные методы визуализации позволяют своевременно установить диагноз и определить тактику лечения. При отсутствии осложнений прогноз благоприятный, однако дети нуждаются в длительном диспансерном наблюдении

Заключение

1. Дистопия почек относится к наиболее распространённым врождённым аномалиям мочевой системы.
2. Основным методом раннего выявления является ультразвуковое исследование.
3. Дополнительные методы визуализации позволяют определить анатомические особенности и функциональное состояние почки.
4. Лечение определяется индивидуально и зависит от клинических проявлений и наличия осложнений.
5. Своевременная диагностика способствует сохранению функции почки и улучшению качества жизни ребёнка.

Литература

1. Курбанов Т.А «Болаларда буйрак дистопия касаллиги».
2. Осипов И.Б Курбанов Т.А «Болаларда буйрак дистопиясининг клиник кечиши».
3. Баиров Г.А , Осипов И.Б , Головки Ю.И, Курбанов Т.А « Болалар буйрак дистопиясида жаррохлик амалиетлари »
4. Курбанов Т.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.