

ХРОНИЧНО БЪБРЕЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ И ОБСТРУКТИВНА УРОПАТИЯ С ПРИНОС НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Близнакова Д.^{1,2}, К. Ганева¹, Б. Чаушев¹, Л. Маринов^{1,2}, П. Шивачев^{1,2}

Key words: bladder neck sclerosis, Marion disease, chronic kidney disease

Водеща причина за хронично бъбречно заболяване в детска възраст са вродените аномалии на отделителната система. Обструктивните уропатии заемат водещо място в групата на тези заболявания. Като тежест обструкцията на долните пикочни пътища се нарежда на първо място сред тях, тъй като измененията са двустранни. Клиничният случай, който представяме е на момче с доказана склероза на шийката на пикочния мехур.

Склероза на шийката на пикочния мехур е вродено заболяване, описано от Marion, което се характеризира със склеротични промени на мехурната шийка при момчета, предизвикващо субвезикална обструкция и свързаните с това усложнения (рефлукс, мегауретери – Фиг.1). Среща се в 2-5% от децата с ВАОС. Обструкцията на долните пикочни пътища води до хипертрофия, последвано с инсуфициенция на детрузора. Пред вид на това, че се повишава хидростатичното налягане в пикочния мехур по време на микция при голям процент у децата се развива ВУР (Фиг.2). Клинично са налице микционни смущения, децата уринират трудно, с напъване. Диагностично урофлуорометрията показва обструктивен тип микция. МЦГ- се визуализира ВУР и се вижда че шийката се отваря

Chronic kidney disease and obstructive uropathy with contribution to a clinical case

Bliznakova D., K. Ganeva, B. Chaushev, L. Marinov, P. Shivachev

One of the main reasons for chronic kidney disease in pediatric population is congenital urinary tract malformations and obstructive uropathies are presented in the first line. Bladder neck sclerosis is a congenital malformation, firstly described by Marion, which is characterized with sclerotic changes in bladder neck in boys. This causes subvesical obstruction and several consequences – reflux and megaureter. Clinically it is presented with miction disturbances, children have difficulties in passing urine. Diagnosis is made by urethrocystoscopy and mictional cystography. Treatment is surgical. Prognosis in these children is good if they are diagnosed on time and the diagnosis is correct. We present a 17-year old boy, who had been operated for bladder neck sclerosis, complicated with bilateral megaureter at the age of one. Since the operation the child hasn't been followed up. He is admitted at our clinic because of eye hemorrhage and pain in the abdomen and lumbar area. On physical examination high blood pressure is measured – 170/120mmHg. Laboratory and other investigations revealed severe chronic kidney disease, complicated with anemia and elevated blood pressure.

малко и уретрата се явява като слаба сянка. Уретероцистоскопията обективизира аномалията. Вижда се беззникава, зееща и ригидна мехурна шийка. Лечението е оперативно. Прогнозата при тези деца е

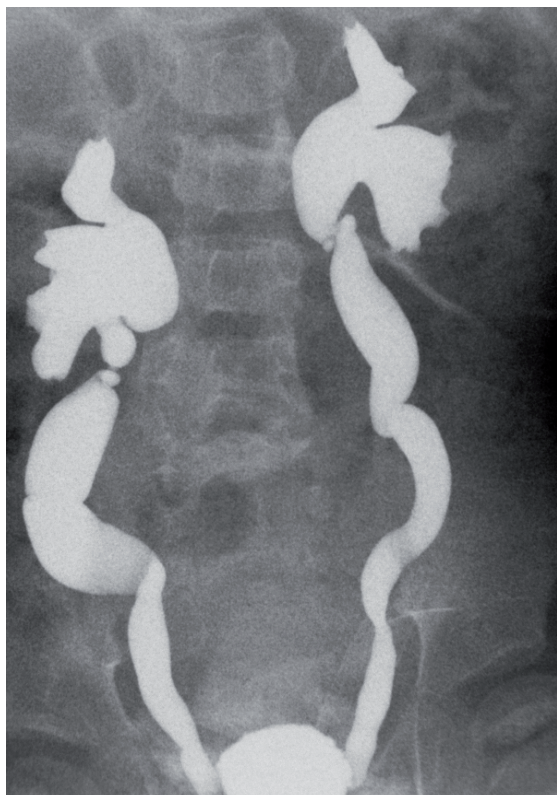
¹МБАЛ „Св. Марина” – Варна,

²Медицински университет „Проф.д-р. Параскев Стоянов” – Варна

добра при условие, че диагнозата е поставена навреме и екзактно. С оглед на рецидивирание на аномалията се препоръчва уродинамичен и цистоскопски контрол.



Фиг. 1.



Фиг. 2.

Какво се наблюдава в представения от нас клиничен случай?

Представяме случай на 17-годишно момче, което постъпва в нашата клиника, насочено от ОПЛ. Детето е от нормално протекла бременност и раждане, с нормално физическо и НПР. На 1-годишна възраст е опериран по повод склероза на шийката на пикочния мехур, усложнена с двустранен мегауретер. От тогава момчето не е проследявано активно. Месец преди хоспитализацията получава кръвоизлив в очите, с оплакване от болки в корема и лумбалната област. Измерени са повишени стойности на артериалното налягане до 170/120mmHg.

От обективното състояние – в средно увредено общо състояние, афебрилен, с наднормена телесна маса; наличие на кръвоизлив в лявото око. ДС – б.о., ССС – ритмична сърдечна дейност, глухи тонове, АН 130/90mmHg. Корем – над нивото на гръден кош, палпаторно болезнен, без данни за органомегалия; сукусио реналис - (+/-) двустранно.

Лабораторни изследвания: с данни за нормоцитна, нормохромна анемия: Hb 89g/l, чернодробни показатели, кръвна глюкоза и белтък – в норма; К 5.5 mmol/l; CRP 13.53mg/l. Изследвания за бъбречната функция: урея – 24.2 mmol/l, креатинин 449 μmol/l, пикочна к-на 512 μmol/l, креатининов клирънс 11.6мл/мин. Урина – с данни за протеинурия 3(+), кръв (+/-), седимент по Стансфелд – 4 левк., 6 ер. Урокултури – стерилни на фона на антибиотично лечение.

Образни изследвания: Абдоминална ехография – ДБ – не се визуализира ясно; ЛБ – редуциран паренхим, хидронефроза II ст.; пикочен мехур – б.о.

Сцинтиграфия: нормална функция на ляв бъбрек – 85.8% и значително намалена функция на десен бъбрек – 14.2%

ЕхоКг – с данни за левокамерна хипертрофия и диастолна левокамерна дисфункция.

На базата на клиничната картина, лабораторните и образни изследвания

се заключи, че се касае за изразен стадий на ХБН с произтичащите от това усложнения: анемия и повишени стойности на артериалното налягане.

Лечение и препоръки: проведе се лечение с антибиотик за овладяване на уринарната инфекция. Първо средство на избор за антихипертензивен препарат е АСЕ-инхибиторът (Perindopril) с оглед неговият органопротективен ефект върху бъбреците, миокарда и кръвоносните съдове. Той повлиява благоприятно миокардната хипертрофия, бъбречната функция и протеинурията. Момчето остава под активно наблюдение и диспансеризация за профилактика на уринарни инфекции, както и под стриктен контрол на стойностите на артериалното налягане, които да се поддържат в границите 110/70mmHg.

Книгопис.

1. Анадолийска А., М. Гайдарова, *Детска нефрология 1 и 2 Част*, 2008.
2. Анадолийска А., *Първична нощна енуреза, Практическа педиатрия*, 2006, 6, 22-23.
3. Близнакова Д., *Ръководство по ултразвукова диагностика на отделителната система в детската възраст*, Варна, 1995.
4. Делийска Б., С. Кривошиев, *Хронични бъбречни заболявания*, София, Парадигма, 2009.
5. Делийска Б., *Честота на хроничното бъбречно заболяване*, *Нефрология, диализа и трансплантация*, 2009, 15, 1, 5-9.
6. Лилова М., *Бъбречни хипертонии в детска възраст*, *Практическа Педиатрия*, 2006, 5, 12-14.
7. Наумов Н., Б. Балев, *Образна диагностика на пикочоотделителната система/ ПОС/ при децата*, *Практическа педиатрия*, 2007, 7, 7-15.
8. Нейков К., *Склероза на мехурната шийка*, *GP News*, 2008, 12, 28-31.
9. Ardissino G., V. Dacco et., al., *Epidemiology of Chronic Renal Failure in children . Data from the Ital. Kid. Project, Pediatrics*, 2003, 11, 4, 382.
10. Bartosh, S. M., J. Aronson. *Childhood hypertension. An update on etyology, diagnosis and treatment. Pediatr. Clinical North. Am.*, 46, 1999, 2, 235-252.
11. Beevers, G et al. *The pathophysiology of hypertension. BMJ*, 322, 2001, 912-916.
12. Begolli M., I. Begolli, *Acute Post Streptococcal Glomerulonephritis in children, Pediatric Reasearch*, 2010, 68, 491.
13. Bourel M., R. Ardailon, *Prevention and screening of chronic renal failure, Bul. De Lacademie Nat. De Medicine*, 2004, 188, 8, 1455-1468.
14. Bradley A., W. Chadha, *Chronic kidney disease in children the global perspective, Pediatr. Nephrol.* 2007, 22, 1999-2009.
15. Dilys A., Whyte R. *Chronic kidney disease in children, Pediatrics in review*, 2008, 29, 10, 335-341.
16. Hadsrein C., F. Schafer, *Hypertension in children with chronic kidney disease: pathophysiology and management, Pediatr. Nephrol.*, 2008, 23, 363-371.
17. Staples A., L. Greenbaum et., al., *Association between clinical Risk factors and Progression of Chronic Kidney disease in children., Clin. J. of the Am. Society of Nephrology*, 2010, 5, 12, 2172-2179.
18. Toka H.R. Toka O., Hariri A. et al. *Congenital anomalies of kidney and urinary tract, Semin Nephrol*, 2010, 30, 374-386.
19. Wiedemann P. *Pathogenesis of hypertension associated with chronic renal failure, Contr. Nephrol.*, 1984, 41, 47-65.

Адрес за кореспонденция:

*Катедра по педиатрия и медицинска
генетика към МБАЛ „Св. Марина”
ул. „Хр. Смирненски”, 1 9010, Варна
България*

*E-mail: bliznakova.varna@gmail.com
kalinabganeva@gmail.com*