پیلوپلاستی و گزارشی از نتایج درمانی آن

دکتر داود فروزان‌پور ـ دکتر رضا شریف*

مجله نظام پزشکی
سال چهارم ، شماره ۴ ، صفحه۳۲۹،۱۳۵۴

بحث کلی در فیزیوپاتولوژی لگنچه و حالب :

با توجه به آمار ناهنجاریهای مادرزادی دستگاههای مختلف بدن وتفحص و دقت دراین آمارها و وضع تشریحی دستگاه ادراری و پیچیدگی و حالت بخصوصی که در تشریح و فیزیولوژی کلیه و دستگاه ادراری موجوداست، مسلم میگرددکه دستگاه اوروژنیتال از نظر تظاهرات ناهنجاریهای مادرزادی در درجه نخست قرار گرفته است (۵ـ۳).

از میان ناهنجاری‌هـا آنچه قابل توجه‌تر و پراهمیت‌تر است ، تنگیهای مادرزادی دستگاه ادراری است که بخصوص بعلت ایجاد عوارض متعدد در خود دستگـاه ادراری و دستگاههای دیگر ، باید مورد بررسی دقیق قرارگیرد (۵ـ۳).

پراهمیت‌ترین عارضه‌ای‌که این تنگیهـا میتوانند ایجاد نمایند ، برروی‌کلیه و نسج ترشحی است‌که در اغلب مواقع میتواند بیمار را تا سرحد مرگ و نیستی پیش ببرد .

اهمیت عوارض‌کلیوی این تنگی‌ها بیشتر از این نظر است‌که در غالب مواقع تظاهرات و علائم بیمـاری ، بحدیکه بتواند توجه بیمار و اطرافیان او و حتی طبیب را به‌کلیه معطوف دارد نیست و در اغلب اوقات عارضه‌کلیوی موقعی‌کشف میگرددکه مدتها از سرحد قابل درمان بودن‌گذشته است (۱ـ۳ـ۵ـ۶).

با اینهمه با تفحص بیشتر درحالت عمومی بیمار، اغلب به علائمی از قبیل:

بی‌اشتهائیهای بی‌علت و مداوم،

بی‌حسی‌های عمومی و سستی‌های طولانی ومقاوم،

کم‌خونی‌ها و نزاری (کاشکسی)های بی‌علت،

خشکی دهان ،

نفخهای شکم و تظاهرات مختلف‌گوارشی،

پولاکی اوری شبانه وگاه شبانه روزی،

سوزشهـای گاهگاهی ادرار و تظاهرات عفونت مختصر یا شدید ادراری ، و بالاخره پریدگی رنگ و علائم دیگر برمیخوریم‌که دراغلب مواقع‌متأسفانه به‌نحوی‌نیست‌که بیماررا وادار به‌مراجعه کند (۳ـ۴).

ازطرف دیگر طرز شروع وپیشرفت عوارض این‌نوع ناراحتی‌ها ویا علائم موجود تنگیهای مادرزادی به نحوی نیست که توأم با تظاهرات عملی شدیدکلیه‌ها ویا سایردستگاههای ادراری باشد و غیراز موارد نادر اغلب درمراحل خیلی پیشرفته بیماری، علائمی به تدریج ویا بطور حاد تظاهر می‌کند (۳ـ۵).

عوارض مختلفی که تنگی‌هـای مادرزادی یا اکتسابی در دستگاه ادراری ایجادمی‌کند، علاوه برقطروطول‌تنگی که‌درتولید عوارض بعدی ، نقش اصلی و اساسی دارد ، محـل و موضع تنگی نیز از اهمیت زیاد برخوردار است وهرچه محل‌تنگی به‌دستگاه ترشحی (نسج اصلی‌کلیه) نزدیکتر باشد بیشتر وسریعتر در ایجاد عوارض بعدی مؤثر خواهدبود (۱ـ۳ـ۵).

مثلا در تنگیهای دهانه مجرای ادراری (مآ) اگر قطر و طول تنگی خیلی شدید و طولانی باشد مدت زیادی طول خواهدکشید تا اثرات سوء این‌تنگی روی نسج‌کلیه ظاهرشود زیرا بارسنگین این تنگی را مدتی دراز قسمتهای پائین‌تر دستگاه ادراری بدوش

* بخش میزه راه ـ دانشکده پزشکی پهلوی ، دانشگاه تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

میکشند وفشار حاصل شده ازتوقف ادرار بمقدار کمتری به پاپی‌ها و رأس کالیسهای کلیه منتقل میگردد. درحالیکه در تنگیهای محل اتصال حالب به لگنچه که از شایعترین ناهنجاری هـای دستگاه ادراری است فشارحاصل شده از توقف ادرار خیلی سریع وشدید و بطور مستقیم برروی لگنچه وکالیسها و پاپی‌ها وبالنتیجه به‌نسج ترشحی کلیه اثر میگذارد (۳-۵-۶).

وجود هر نوع مـانع بر سر راه دفع ادرار اعم از تنگی یا فشار شریان غیرطبیعی و سر گردان و یا چسبندگیهای آن ناحیه وعلل مختلف دیگر هر کدام میتوانند باایجاد اختلال ولو خیلی مختصر دردفع ادرار از لگنچه به حالب تولید عوارض بی‌شماری بکنند. (۴-۵).

در یك لگنچه معمولی فشار انقباضی مطابق اندازه گیری دقیقی که انجام گرفته‌درحدود ۱۰ میلیمتر آب‌است(۴) وهمین آزمایش‌معلوم کرده‌است که فشارکالیسها باوجود قرابت تشریحی‌خیلی نزدیك با لگنچه صفر و یا کمی زیادتر ازصفراست و در سینه رادیو گرافی (Cineradiography)که جهت مطالعه نحوه انقباضات کالیسها و لگنچه انجام گرفته معلوم شده است که آهنگ و دامنه انقباضات کالیسهاولگنچه بهیچوجه باهم‌مطابقت نمیکند وهر کدام‌برای‌خود باریتم مخصوصی منقبض‌میگردند وهمواره تعداد انقباضات‌کالیسها خیلی کمتر از انقباضات لگنچه است و بنظـر نمیرسد کـه این انقباضات ازکالیسها به‌لگنچه منتقل گردند ولی بهرصورت حاصل این انقباضات هدایت ادرار بمخروط اورترال است‌که مخصوصاً دردفع ادرار ازلگنچه بداخل‌حالب نقش‌فیزیولژیکی قابل‌توجهی دارد (۶-۴).

مخروط اورترال درمرحله استراحت لگنچه‌کاملا بازاست وادرار دفع شده ازکالیسها را در داخل خود جمع میکند و وقتی انقباض لگنچه آغازمیگردد، قبل‌ازهمه دریچه‌کاذب بین مخروط اورترال ولگنچه منقبض‌ودر نتیجه‌بسته‌می‌شود وفشارانقباضی‌لگنچه‌بابرخورد به‌دریچه ابتدای حالب بطورعرضی سیرمیکند و بابسته‌شدن دریچه کاذب مخروط اورترال در بالا و ایجـاد یك فشار منفی در قسمت پائین و بوجود آمـدن اختلاف پتانسیل الکتریکی و اعمال سایر فاکتورهای‌بیولژیکی‌دیگر که‌موجبات حرکات انقباضی‌وانبساطی و پاندولی حالب میگردد، ادرار بطرف مثانه پیش میرود(۴).

تعداد انقباضات عضلانی ودامنه آن‌بستگی دارد بمقدار ادرار دفع شده ازکلیه ودرمراحلی که‌دفع ادراربعللی ازکلیه فزونی مییابد، تعداد ودامنه انقباضات روبافزایش مینهد واگر بازهم مقدارادرار دفع‌شده‌ازمیزان معینی‌بیشترشد دراینصورت‌ممکن‌است‌دریچه‌کاذب و جدار عضلانی حالب‌کاملا بازبماند وباین وسیله درانتقال ادرار از لگنچه به خارج تا حد امکان از حد اکثـر قدرت عملی خود استفاده نماید (۴) . در مواقعیکه میزان ترشح ادرار از کلیه خیلی زیاداست باوجود همکاریهای فاکتورهای مختلف برای دفع و هدایت ادرار از راه حالب، باز مقدار زیادی ازآن در لگنچه باقیمانده ایجاد هیدرونفروزهای گذران وحتی گاهی نسبتاً پایدار می‌کند. مثلا در مواقعیکه به‌تجویز داروی دی‌اورتیك قوی اقدام میکنیم اگرازبیمار اوروگرافی‌بعمل‌بیاوریم، اغلب به‌هیدرونفروز دو طرفی موقت برخورد میکنیم کـه حتی در صورت ادامه تجویز دی اورتیك ممکن است ضایعات غیرقابل برگشت هیدرونفروتیك در یك یا در هردو کلیه ایجادگردد . این مسئله باین علت ایجاد میشود که برخلاف حالت طبیعی که انتشار موج انقباضی لگنچه به حالب ۱ به ۱ است و نسبت ترشح کلیوی ادرار و هدایت آن به لگنچه و از آنجا به حالب نیز ۱ به ۱ است در تغییر هر کدام ازطرفین‌این‌معادله بهرطریق در دفع وهدایت‌ادرار اختلال‌ایجاد خواهد شد. باینترتیب‌که درتنگی‌های محل‌اتصال حالب به‌لگنچه انتشار موج تحریکی از۱به۱ تا میزان ۸ به۱تغییرمییابد ولی با مداخله فاکتورهای مختلف فیزیولژیکی و فیزیکی و بیولژیکی بااینکه هدایت موج تحریك ازلگنچه به حالب $\frac{۱}{۸}$ حـالت طبیعی میگردد، هدایت ادرار از لگنچه به‌حالب بمیزان‌کمتری اختلال نشان میدهد یعنی درحدود میزان $\frac{۱}{۲}$ حالت طبیعی تغییر پیدامیکند و چون همیشه میزان ادرارترشح‌شده‌ازکلیه بیشتر ازادراری‌است که‌ازلگنچه‌خارج میگردد، لذا احتباس‌ادرار درلگنچه دربدو امر موجب انبساط قابل برگشت جدار لگنچه میگردد و درصورتیکه علت‌بیماری ادامه یابد ایجاد اتساع مرضی‌غیرقابل برگشت‌خواهد کرد. (۴)

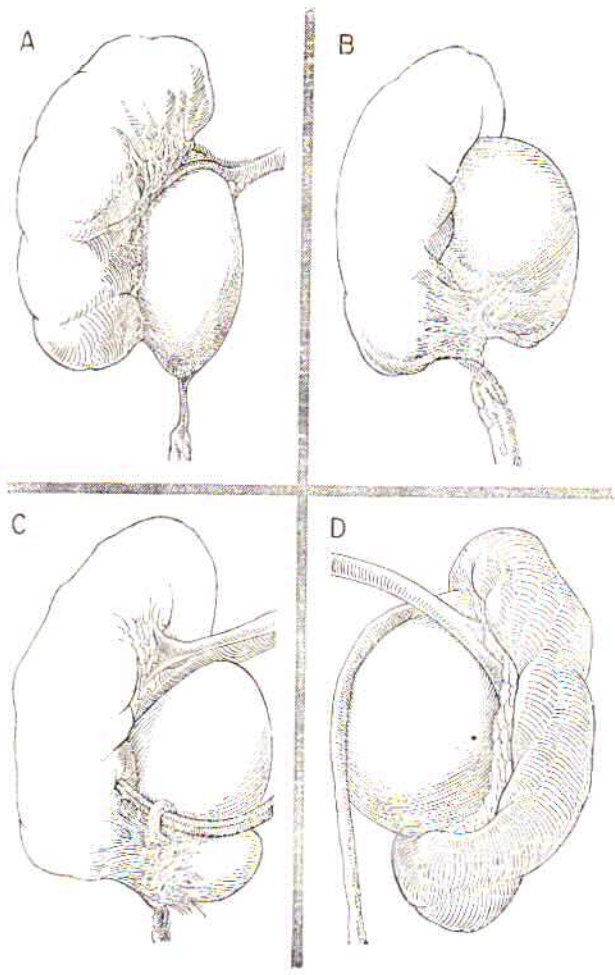
اگرچه کلیه ونسوج‌لگنچه‌وکالیسها تاحدی‌موجب میگردند نسبت ذکرشده را هرچه بیشتر بوضع‌طبیعی‌نزدیك سازند وباوجوداینکه مقدارزیادی از ادرارموجود درلگنچه مجدداًجذب میگردد وبدن باهمکاری فاکتورهای دیگرسعی‌میکند، بحدامکان باوضع موجود مبارزه کند، بااین همه این‌نسبت زیادی‌ترشح ادرارکلیه دربرابر ادرار دفع شده توسط حالب در یك حالت غیرطبیعی باقی میماند و همین مسئله با اضافه شدن فاکتورهای جانبی و عوارض بعدی دیگر مثلاً عفونت باعث ایجـاد و پیشرفت هیدرونفروز میگردد (۳-۴-۶).

درمنطقه محل‌اتصال‌حالب به‌لگنچه تنگی‌دریچه حالب-لگنچه‌ای، تنها علت ایجاد هیدرونفروز نیست بلکه علل دیگری نیز میتوانند همین اختلال را ایجاد کنند که ازآن جمله :

فشارهای خارجی برگردن لگنچه بعلت‌وجود رگهای غیرطبیعی، باندولتهـا و چسبندگیها و فیبروزهـای اطراف گردن لگنچه ،

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

تومورهای ناحیه مزبور، جابجا شدن کلیه و کشیده شدن پدیکول وفشار آن روی حالب، لگنچه‌های غیرطبیعی که درقطب فوقانی کلیه قرار میگیرند (حـالب از روی برجستگی کنار داخلی کلیه عبور می‌کند وبعلت رویهم خوابیدن حالب در دفع ادرار اختلال ایجاد میشود) (نمـودار شماره ۱) . علل ذکر شده یا سایر علل نادر دیگر با ایجاد هیدرونفروز ممکن است تولید دردهای کم وبیش شدیـد بعلت متسع شدن خارج از انـدازه لگنچه بکنند ولی در اغلب موارد معمولاً این دردها بعلت ایجـاد عفونتهای ثانوی است(۴).



۱ ـ عوارض متعدد بعلل اتصال حالب به لگنچه

در شیرخواران ممکن است اولین علامت وجود توده‌ای در طرف کلیه معلول باشد و در بچه‌های بزرگتر ممکن است اولین علامت هماتوری بخصوص بعداز مختصرضربهٔ ناحیهٔ کلیه باشد و بالاخره در تمام موارد دیر یا زود نارسائی در یك یا در هردو کلیه ایجاد خواهد شد (۴ـ۵).

باانجام آزمایش‌های پاراکلینیکی دیگروتهیه نفروگرام ازمیزان قشرسالم کلیه ونحوه وچگونگی کارکلیه اطلاع کافی بدست میآوریم. اگرچه وضع لگنچه ومیزان صدمه‌ای که بآن وارد می‌شود ازنظر بالینی اهمیت فراوانی دارد ولی باید درنظر داشت که ممکن‌است اتساع لگنچه مادرزادی وغیرقابل‌اهمیت‌باشد. آنچه درناراحتیهای گردن لگنچه باید مورد توجه قرارگیرد وضع کالیسهـا و میزان اتساع و گشادی آنهـاست که اهمیت و میزان خرابی کلیه را میرساند(۴).

و بالاخره تعیین اندازه و حدود گرفتگی و انتخاب نوع و نحوه درمان و عمل پلاستی است که با تعیین زمان خالی شدن لگنچه در اوروگرافی‌ترشحی وپیلوگرافی رتروگراد بعداز برداشتن‌سوند حالب، میتوان تا حدودی نقشه و چگونگی عمل‌جراحی را طرح کرد. ولی این‌اصل را نباید فراموش کرد که همواره تصمیم نهائی وتعیین‌نوع عمل‌جراحی‌ضمن انجام دادن عمل‌وبرپالین بیمار اتخاذ خواهد شد (۲ـ۴ـ۵).

اطلاع از چگونگی وضع کلیه مقابل اهمیت زیادی دارد زیرا در خیلی از موارد ممکن است درضمن عمل متوجه شویم که تنگی یا وضع کلیه ولگنچه غیرازآنست که در پیلوگرافی‌ها و آزمایش‌های دیگر مشخص شده است ودرصورتیکه کلیه طرف دیگر سالم باشد نفرکتومی‌یك عمل انتخابی‌است(۲ـ۴ـ۵).

مسئله‌ایکه‌نباید هیچوقت‌فراموش کرد موضوع‌عفونت اداری‌بیمار است که قبل از اقدام به هرگونه عمل پلاستی باید عفونت را که یك عارضه شایعی است از بین برد (۱ـ۲ـ۵).

اعمال جراحی با بیهوشی عمومی و با برش معمولی لومبر بدون برداشتن‌دنده است. بعداز آزادکردن کلیه ولگنچه وقسمت‌فوقانی حالب اعضای مزبوررا تاحد امکان ازنسوج و چربی‌های اطراف خود جدامیکنیم که البته دراین‌موقع نباید عروق‌آبران را ازنظر دور داشت . در صورتیکه بعروق سرگردان برخوردکردیم بهتر است با بستن موقتی آن قسمتی را کـه آن رگ مشروب میسازد مشخص کرد و اگر رگ خیلی مهمی نباشد، آنرا برمیداریم ودر صورتیکه قسمت‌زیادی ازکلیه را مشروب میسازد، وبرداشتن رگ مقدورنیست، دراینصورت با بریدن و پیوند مجدد حالب به‌لگنچه فشار رگ را از روی حالب برداشته ، مانع جریان ادرار را برطرف میسازیم(۲ـ۳ـ۵ـ۶).

ازبین بردن چسبندگیهای فیبروتیك اطراف حالب یا برداشتن و حذف‌باندولتها وغیره ممکن‌است‌برای‌ازبین‌بردن علت هیدرونفروز کافی باشد . اغلب در اینمورد اگر با تحریکات مختلف حرکات

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

انقباضی در لگنچه ایجاد نمائیم ، درصورت وجود تنگی میزان و مقدار و وسعت آن مشخص میگردد و چه بسا که با همین تدابیر یعنی بستن‌شریان یا برداشتن چسبندگی و بریدها دیگر احتیاجی به اعمال جراحی پلاستی نخواهد بود (۲-۵).

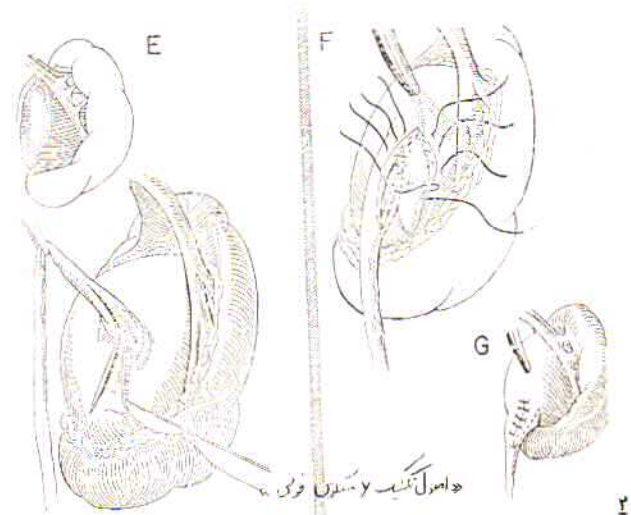
درمواردیکه وجود تنگی‌قابل توجه درمحل اتصال حالب به‌لگنچه محرز و مشخص گردد درموقعی اقدام به این عمل می کنیم که اولا کلیه از نظر عفونت‌کاملا سالم باشد. در ثانی حداقل ۳۰٪ نسج قشر کلیه سالم‌باقی مانده‌باشد. یعنی درحقیقت هیدرونفروز بقدری پیشرفت نکرده باشدکه نسج ترشحی کلیه‌کاملا ازبین رفته باشد . (۲-۳-۵-۶)

درپلاستی محل اتصال حالب به‌لگنچه، برحسب وضع وطول محل تنگی ویا احیاناً وجود شریانهای غیرطبیعی میتوانیم از روش‌های مختلف اعمال جراحی که توسط جراحان انجام و پیشنهاد شده استفاده کنیم (۲-۵-۶).

از نظر رعایت اختصار چند تکنیك مهم را فقط بطور نمودار و با کمك تصاویر شرح میدهیم و درمورد تکنیکی که در بخش میزراه مرکز پزشکی پهلوی روی متجاوز از ۲۶ بیمار باموفقیت انجام گرفته است، بحث بیشتری مینمائیم:

در تنگی‌های محل اتصال حالب به لگنچه که طول تنگی زیادتر از یك سانتیمتر است از روش « y معکوس Foley » استفاده می کنیم.

اصول این روش مطابق نمودارشماره «۲» درست‌کردن یك فلاپ مثلثی شکل از لگنچه و بالا بردن حالب تنگ بآن ناحیه است (۲-۵-۶).



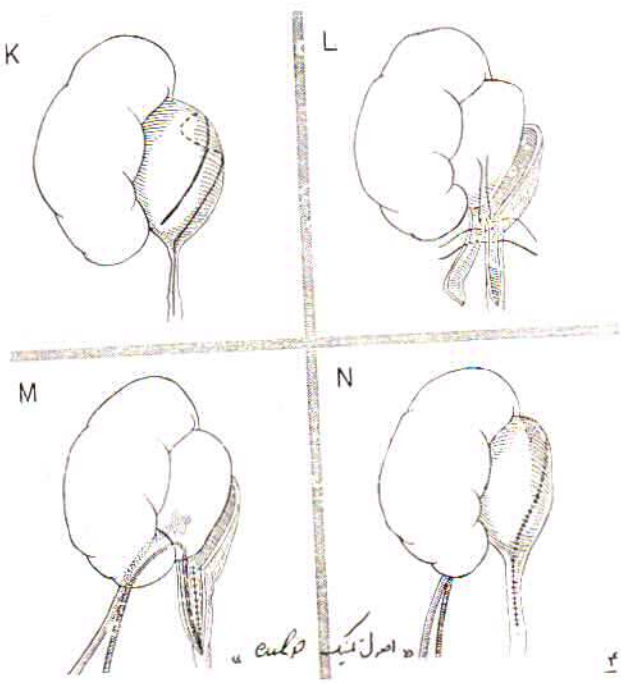
۲

روش دیگری که معمولا درتنگی‌های باطول زیاد و یا درحالبهای کوتاه مورد استفاده قرار میگیرد روش « Davis » است . این روش علاوه برتنگیهای محل اتصال حالب به لگنچه در تنگی‌های سایر نقاط حالب نیز مورد استفاده قرار میگیرد.

اصول این روش ، دادن شکاف طولی در حالب درمحل تنگی و گذاردن لوله پلی‌اتیلن باکالیبرمناسب درحالب بمدت۴ تا ۶هفته است (نمودارشماره ۳) (۲).

۳

تکنیك‌کالپ (Culp) ـ در این‌روش فلاپی‌از روی‌لگنچه بریده و بقسمت پائین و محل تنگی محل اتصال حالب به لگنچه میآوریم (نمودار شماره ۴) (۲-۵).

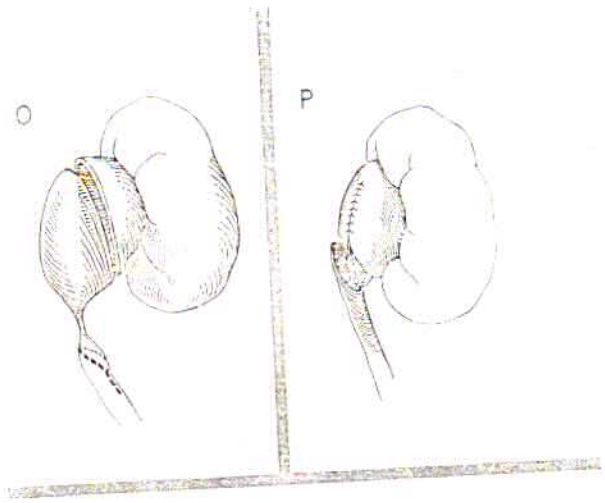


۴

در اغلب این روشها در اوایل از لوله‌های نفرستومی یا لوله‌های داخل حالبی وغیره استفاده می‌کردند . ولی عدم موفقیت‌های پی‌درپی در این روشها ازجمله ایجاد عفونتهای مقاوم‌ـتنگی‌های محل آناستوموز و بخصوص ایجاد فیستولهای محل سوندها و لوله‌ها ، جراحان را به اتخاذ تدابیر بهتری مجبورکرد . از جمله Hamm حالب راکاملا درمحل تنگی ازلگنچه جدا وبعد

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

از حذف قسمت تنگ مجدداً آن را درلگنچه می‌کاشت. منتهی از نظر وجـود آمـاس بعد از عمل جراحی در محل آناستوموز ، سوراخهـای چندی در لگنچه بوجود میآورد که مدتها ادرار از سوراخهای مزبورخارج میشد وپرواضح است که گاهی خود همین سوراخها ممکن بود موجب عوارض بعدی و فیستولهای ادراری شود (نمودار شماره ۵) (۲).



۵ « تکنیک HAMM » و اصول تکنیک هاینس ـ آندرسن »

از این نظـر هاینس (Haynes) و آندرسن (Anderson) تکنیك (Ha mm) را باینصورت کامل کردندکه بدون ترس از آماس بعداز عمل جراحی، حالب را به‌لگنچه دوختند و از ایجاد شکاف و گذاشتن سوند نفرستومی و پیلوستومی و غیره خودداری کردند و نتایجی هم‌که از عملشان گرفتند . بسیار درخشان بود (۲-۵-۶).

ما هم دربخش میزه راه دانشکده پزشکی پهلـوی در مدت قریب به۷سال درحدود۲۶بیمار مبتلا به‌تنگی محل‌اتصال‌حالب به‌لگنچه را باهمین تکنیك هاینس ـ آندرسن مورد پلاستی قرارداده‌ایم‌که خوشبختانه در همه موارد موفقیت درعمل درخشان بوده‌است. بعد از عمل در هیچ مورد فیستول ادراری نداشته‌ایم ، درد کلیه اگر بوده از بین رفته است، عفونت مهار شده قبل از عمل عود نکرده است و درمواردی‌که بیمارجهت وارسی مجدد مراجعه‌کرده است در اورو گرافی و آزمایش‌های مجدد بهبود قابل توجهی در وضع کلیه بیمار حاصل شده و آمار ما با مقایسه با آمار سایر مراکز پزشکی‌دنیا واقعاً قابل‌توجه است. مثلا درآماریکه Foley منتشر کرده است موفقیت این عمل را ۹۵٪ ذکر میکند وکالپ در ۴۶ بیمار۴۳موفقیت و ۳ مورد عدم موفقیت داشته است (۵) وما اگر خوشبین‌باشیم وبیمارانی‌راکه بعداً مراجعه‌نکرده‌اند، عدم‌مراجعه شانرا بعلت رفع ناراحتی‌ها و عـلائم بیماریشان بدانیم ، موفقیت بعداز عملمان را باید قابل توجه بحساب آوریم.

البته موفقیت قابل توجـه در اعمال جراحی پلاستی محل اتصال حالب به لگنچه و هیدرونفروزهـا ، نه بازگشت‌کامل فونکسیون کلیه... بلکه‌کنترل عفونت،ازبین رفتن درد وناراحتی‌های‌بیمار، از بین رفتن نسبی استعداد ایجاد سنگ‌کلیه ، عدم ایجاد فیستول ادراری و غیره‌که درسطح فعلی پیشرفت جراحی جهان یا حداقل ایران مایهٔ امیدواری است.

تعداد ۲۶ بیمار ما که مورد پلاستی محل اتصال حالب به لگنچه قرارگرفته‌اند ازمیان تعداد بیشماری از بیماران انتخاب شده‌اند کـه بعلت هیدرونفروز در اثر تنگی محل اتصال حالب به لگنچه مراجعه‌کرده‌اندکه در قسمت اعظم بیماران اجباراً بعلت پیشرفت بیماری نفرکتومی انجـام شده است. در بعضی از بیماران بقطع شریان یا ورید سرگردان و دربعضی دیگر به برداشتن بریدها و چسبندگی‌های اطراف لگنچه وحالب اکتفا شده است وتعداد ۲۶ تن، بیمارانی بوده‌اندکه تنگی‌کاملا محرز مادرزادی قابل‌عمل در محل‌اتصال‌حالب به‌لگنچه‌داشته‌اندکه موردپلاستی قرارگرفته‌اند. سن این بیماران که باناراحتی‌های مختلف مراجعه‌کرده‌اند باین ترتیب بوده است:

۲ تن در ۴ سالگی،
۳ تن از ۸ تا ۹ سالگی،
۱۰ تن از ۱۷ تا ۱۹ سالگی،
۵ تن از ۲۰تا۲۲سالگی،
۶ تن از ۲۵ تا ۲۶ سالگی .

قابل توجه اینکه در اکثر بیمارانیکه بعداز ۲۵ یا ۲۶ سالگی با داشتن تنگی محل اتصال حالب به لگنچه مراجعه کرده‌اند کمتر موفق شده‌ایم‌که‌کلیه را با پلاستی نجات بدهیم و در اغلب موارد مجبور به نفرکتومی شده‌ایم.

۱۳ تن از ۲۶ تن با علامت عفونتهای عود کننده ادراری تحت معاینه قرارگرفته و تشخیص داده شده‌اند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

۵ تن با علائم وجود سنگ کلیه مراجعه کرده‌اند.

۲ تن بعلت کولیك نفرتیك بدون داشتن سنگ و عفونت مراجعه کرده‌اند.

۲ تن بعلت هماتوری و ۴ نفر باعلائم مختصر ادراری و باناراحتی‌شدید دستگاه گوارش مراجعه کرده‌اند.

و بالاخره آنچه نباید ناگفته گذاشت این است که تعداد مبتلایان به‌تنگی‌های محل اتصال حالب به لگنچه خیلی فراوانتر ازآنست که دریك بخش جراحی مربوط به بیماریهای کلیه ومجاری ادرار به مدت ۷ سال فقط ۲۶ نفر باین علت تحت درمان پلاستی قرار گیرند. متأسفانه اغلب این بیماران حتی درمرحله‌ای هم که میشود با یك پلاستی ساده عضو پرارزشی ازبدن آنان را حفظ کرد، فقط با تشخیص هیدرونفروز تحت عمل جراحی (نفرکتومی) قرار میگیرند.

خلاصه :

ـ تنگی‌های محل اتصال حالب به لگنچه ازتنگی‌های شایع دستگاه ادراری است .

ـ تنگی دردستگاه ادراری هرچه به‌دستگاه ترشحی (کلیه) نزدیکتر باشدزودتر وسریعتر میتواند درترشح ادرار اختلال ایجاد نماید.

ـ اغلب تنگی‌های محل اتصال حالب به‌لگنچه بدون تظاهر بالینی قابل‌توجهی پیشرفت می‌کند.

ـ عفونت‌ادراری مقاوم، دردهای کولیکی، ایجادسنگ، تظاهرات گوارشی و هماتوری ازعوارضی است که اغلب دراثر وجود تنگی ابتدای حالب به وجود می‌آید.

ـ تنها تنگی‌های مادرزادی محل اتصال حالب به لگنچه نیست که باعث ایجاد هیدرونفروز وسایر عوارض کلیوی میگردد بلکه علل دیگر ازجمله رگهای سرگردان، بریدها وچسبندگیهای اطراف لگنچه و حالب و غیرطبیعی قرارگرفتن لگنچه و حالب هرکدام می‌توانند به نوبه خود باعث ایجاد هیدرونفروز و سایر عوارض گردند.

ـ قبل از اقدام به هرگونه اعمال جراحی پلاستی در تنگی‌های محل اتصال حالب به‌لگنچه باید نسبت به‌رفع عفونت که ازعوارض شایع است اقدام کرد.

ـ امروزه در جراحی‌های پلاستی کلیه از لوله‌های حالبی یا نفرستومی و پیلوستومی کمتر استفاده میگردد.

ـ درمدت ۷ سال ۲۶ نفر دربخش میزراه دانشکده‌پزشکی پهلوی تحت عمل جراحی پلاستی محل اتصال حالب به لگنچه قرار گرفته‌اند که نتیجه درخشان بوده است.

REFERENCES:

1_ Short Practice of Surgery « (Baily) and (Lavé) » «1968_fifthenth Edition» «London» P: 1125 - 1130 (Hydronephrosis).

2- Surgical Urology by: «Flocks and Culp» Third Edition, 1970. P: 82_88 (Pyeloplasty).

3- General Urology «Donald R. Smith» 1966; P: 70 - 80 (Urinary obstration).

4- Urology Campbell Volum I (Merdith F. Campbell) «M.S., M.D., F.A.C.S» Second Edition (Phyladelphia and London) P: 81 _ 115 (Physiology of Renal Pelvis and ureter) P: 323 - 342 (The Pathophysiology of urinary obstration).

5- Urology Campbell Volum III (Merdith F. Campbell) « M. S., M. D., F. A. C. S » Second Edition P: 2372 - 2402 (Pyeloplasty).

6- Urology Surgery «Austin in gram» «Fourth Edition» 1970. P: 160 - 178 (Hydronephrosis).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]