

پیلو پلاستی و گزارشی از نتایج درمانی آن

مجله نظام پزشکی
سال چهارم ، شماره ۴ ، صفحه ۳۲۹-۳۵۴

دکتر داود فروزانپور - دکتر رضا شریف*

کم خونی‌ها و نزاری (کاشکسی)‌های بی‌علت،
خشکی دهان ،

نفخهای شکم و تظاهرات مختلف گوارشی،
پولاکی اوری شبانه و گاه شبانه روزی،

سوژهای گاهگاهی ادرار و تظاهرات عفونت مختصر یا شدید
ادراری ، و بالاخره پریدگی رنگ و علائم دیگر بر می‌خوریم که
در اغلب مواقع متأسفانه به نحوی نیست که بیمار را وادار به مراجعه
کند (۴-۳).

ازطرف دیگر طرز شروع و پیشرفت عوارض این نوع ناراحتی‌ها
و یا علائم موجود تنگی‌های مادرزادی به نحوی نیست که توأم با
تظاهرات عملی شدید کلیه‌ها و یا سایر دستگاه‌های ادراری باشد و
غیر از موارد نادر اغلب در مرحله خیلی پیشرفته بیماری، علائمی
به تدریج و یا بطور حد تظاهر می‌کند (۵-۲).

عوارض مختلفی که تنگی‌های مادرزادی یا اکتسابی در دستگاه
ادراری ایجاد می‌کند، علاوه بر قدر و طول تنگی که در تولید عوارض
بعدی ، نتش اصلی و اساسی دارد ، محل و موضع تنگی نیز از
اهمیت زیاد برخوردار است و هر چه محل تنگی به دستگاه ترشحی
(نسج اصلی کلیه) نزدیکتر باشد بیشتر و سریعتر در ایجاد عوارض
بعدی مؤثر خواهد بود (۱-۳-۵).

مثلاً در تنگی‌های دهانه مجرای ادراری (ما) اگر قطر و طول
تنگی خیلی شدید و طولانی باشد مدت زیادی طول خواهد کشید
تا اثرات سوء این تنگی روی نسج کلیه ظاهر شود زیرا بارسنگین
این تنگی را مدتی دراز قسمتهای پائین‌تر دستگاه ادراری بدoush

بحث کلی در فیزیوپاتولوژی لungen و حال :

با توجه به آمار ناهنجاری‌های مادرزادی دستگاه‌های مختلف بدن
و تفحص و دقت در این آمارها وضع تشریحی دستگاه ادراری و
پیچیدگی و حالت بخصوصی که در تشریح و فیزیولوژی کلیه و
دستگاه ادراری موجود است، مسلم می‌گردد که دستگاه اوروزنیتال
از نظر تظاهرات ناهنجاری‌های مادرزادی در درجه نخست قرار
گرفته است (۳-۵).

از میان ناهنجاری‌ها آنچه قابل توجه‌تر و پراهمیت‌تر است ،
تنگی‌های مادرزادی دستگاه ادراری است که بخصوص بمل ایجاد
عوارض متعدد در خود دستگاه ادراری و دستگاه‌های دیگر ،
باید هورده بررسی دقیق قرار گیرد (۳-۵).

پراهمیت‌ترین عارضه‌ای که این تنگی‌ها میتوانند ایجاد نمایند ،
بر روی کلیه و نسج ترشحی است که در اغلب مواقع میتواند بیمار
دا تا سرحد مرگ و نیستی پیش ببرد .

اهمیت عوارض کلیوی این تنگی‌ها بیشتر از این نظر است که در
غالب مواقع تظاهرات و علائم بیماری ، بحدیکه بتواند توجه
بیمار و اطراقبان او و حتی طبیب را به کلیه معطوف دارد نیست
و در اغلب اوقات عارضه کلیوی موقعی کشف می‌گردد که مدت‌ها از
سرحد قابل درمان بودن گذشته است (۱-۳-۵-۶).

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

بی‌اشتهاهی‌های بی‌علت و مداوم ،
بی‌حسی‌های عمومی و سنتی‌های طولانی و مقاوم ،

* بخش مبیه راه - دانشکده پژوهشی پهلوی ، دانشگاه تهران.

استفاده نماید (۴). در مواقیمه میزان ترشح ادرار از کلیه خیلی زیاد است با وجود همکاریهای فاکتورهای مختلف برای دفع و هدایت ادرار از راه حالب، باز مقدار زیادی از آن در لگنچه باقیمانده ایجاد هیدرونفروزهای گذران و حتی گاهی نسبتاً پایدار می‌کند. مثلاً در مواقیمه به تجویز داروی دی‌اورتیک قوی اقدام میکنیم اگر از بیمار اوروگرافی بعمل بیاوریم، اغلب به هیدرونفروز دو طرفی موقع برخورد میکنیم که حتی در صورت ادامه تجویز دی‌اورتیک ممکن است ضایعات غیرقابل برگشت هیدرونفروتیک در یک یا در هر دو کلیه ایجاد گردد. این مسئله باین علت ایجاد میشود که برخلاف حالت طبیعی که انتشار موج انقباضی لگنچه به حالت ۱ به ۱ است و نسبت ترشح کلیوی ادرار و هدایت آن به لگنچه و از آنجا به حالت نیز ۱ به ۱ است در تغییر هر کدام از ظرفین این معادله بهتر طریق در دفع و هدایت ادرار اختلال ایجاد خواهد شد. بایتر تیپ که در تنگی‌های محل اتصال حالب به لگنچه انتشار موج تحریکی از ۱ به ۱ تا میزان ۸ به تغییر می‌باید ولی با مداخله فاکتورهای مختلف فیزیولژیکی و فیزیکی و بیولژیکی با اینکه هدایت موج تحریک از لگنچه به حالت $\frac{1}{\lambda}$ حالت طبیعی میگردد، هدایت ادرار از لگنچه به حالت بمیزان کمتری اختلال نشان میدهد یعنی در حدود میزان $\frac{1}{2}$ حالت طبیعی تغییر پیدا می‌کند و چون همیشه میزان ادرار ترشح شده از کلیه بیشتر از ادراری است که از لگنچه خارج میگردد، لذا احتیاط ادرار در لگنچه در بدو امر موجب انساط قابل برگشت جدار لگنچه میگردد و در صورتیکه علت بیماری ادامه باید ایجاد اتساع مرضی غیرقابل برگشت خواهد کرد. (۴)

اگر چه کلیه وسیع لگنچه و کالیسهای تاحدی موجب میگردد نسبت ذکر شده را هر چه بیشتر بوضع طبیعی نزدیک سازند و با وجود اینکه مقدار زیادی از ادرار موجود در لگنچه مجددأ جذب میگردد و بدین باهمکاری فاکتورهای دیگرسی می‌کند، بحدامکان با وضع موجود مبارزه کند، با این همه این نسبت زیادی ترشح ادرار کلیه در برابر ادرار دفع شده توسط حالب در یک حالت غیرطبیعی باقی میماند و همین مسئله با اضافه شدن فاکتورهای جانبی و عوارض بعدی دیگر مثلاً عفونت باعث ایجاد و پیشرفت هیدرونفروز میگردد. (۶-۴-۳).

در منطقه محل اتصال حالب به لگنچه تنگی دریچه حالت-لگنچه‌ای، تنها علت ایجاد هیدرونفروز نیست بلکه علل دیگری نیز میتوانند همین اختلال را ایجاد کنند که از آن جمله:

فشارهای خارجی بر گردن لگنچه بعلت وجود رگهای غیرطبیعی، باندونتها و چسبندگیها و فیبروزهای اطراف گردن لگنچه،

بیکشند و فشار حاصل شده از توقف ادرار بمقدار کمتری به پایپی‌ها و رأس کالبیهای کلیه منتقل میگردد. در حالیکه در تنگیهای محل اتصال حالب به لگنچه که از شایعترین ناهنجاری‌های دستگاه ادراری است فشار حاصل شده از توقف ادرار خیلی سریع و شدید و بطور مستقیم بر روی لگنچه و کالبیها و پایپی‌ها وبالنتیجه به نسخ ترشحی کلیه اثر می‌گذارد (۳-۵-۶).

وجود هر نوع مانع بر سر راه دفع ادرار اعم از تنگی یا فشار شریان غیرطبیعی و سرگردان و یا چسبندگیهای آن ناحیه و عمل مختلف دیگر هر کدام میتوانند با ایجاد اختلال ولو خیلی مختصر در دفع ادرار از لگنچه به حالت تولید عوارض بی‌شماری بکنند. (۴-۵).

در یک لگنچه معمولی فشار انقباضی مطابق اندازه کیری دقیقی که انجام گرفته در حدود ۱۰ میلیمتر آب است (۴) و همین آزمایش معلوم کرده است که فشار کالبیها با وجود قرابت تشریحی خیلی نزدیک با لگنچه سفر و یا کمی زیادتر از صفر است و در سینه رادیو گرافی (Cineradiography) که جهت مطالعه نحوه انقباضات کالبیها و لگنچه انجام گرفته معلوم شده است که آهنگ و دامنه انقباضات کالبیها و لگنچه از کالبیها به پیچوچه باهم مطابقت نمیکند و هر کدام برای خود باریتم مخصوصی منبع میگردد و همواره تعداد انقباضات کالبیها خیلی کمتر از انقباضات لگنچه است و بنظر نمی‌رسد که این انقباضات از کالبیها به لگنچه منتقل گردد ولی به صورت حاصل این انقباضات هدایت ادرار بهم خروط اورتال است که مخصوصاً در دفع ادرار از لگنچه بداخل حالت نقش فیزیولژیکی قابل توجهی دارد (۴-۶).

خروط اورتال در مرحله استراحت لگنچه کاملاً باز است و ادرار دفع شده از کالبیها را در داخل خود جمع میکند و وقتی انقباض لگنچه آغاز میگردد، قبل از همه دریچه کاذب بین مخروط اورتال و لگنچه منقبض و در نتیجه بسته می‌شود و فشار انقباضی لگنچه با برخورد بعدیچه ابتدای حالب بطور عرضی سیر میکند و باستهشدن دریچه کاذب مخروط اورتال در بالا و ایجاد یک فشار منفی در قسمت پائین و بوجود آمدن اختلاف پتانسیل الکتریکی و اعمال سایر فاکتورهای بیولژیکی دیگر که موجبات حرکات انقباضی و انساطی و پاندولی حالت میگردد، ادرار بطرف مثانه پیش می‌رود (۴).

تعداد انقباضات عضلانی و دامنه آن بستگی دارد بمقدار ادرار دفع شده از کلیه و در مرحله اولی که دفع ادرار بعلی از کلیه فزوئی می‌باشد، تعداد و دامنه انقباضات روبرو ایش مینهد و اگر باز هم مقدار ادرار دفع شده از میزان معینی بیشتر شد در این صورت ممکن است دریچه کاذب و جدار عضلانی حالت کاملاً باز بماند و باین وسیله در انتقال ادرار از لگنچه به خارج تا حد امکان از حد اکثر قدرت عملی خود

بالنجام آزمایش‌های پاداکلینیکی دیگر و تهیه نفو-گرام از میزان قشر سالم کلیه و نحوه چگونگی کار کلید اطلاع کافی بودست می‌آوریم. اگرچه وضع لگنچه و میزان صدمه‌ای که آن وارد می‌شود از نظر بالینی اهمیت فراوانی دارد ولی باید در نظر داشت که ممکن است اتساع لگنچه مادرزادی و غیرقابل اهمیت باشد. آنچه در ناراحتی‌های گردن لگنچه باید مورد توجه قرار گیرد وضع کالیسه‌ها و میزان اتساع و گشادی آنهاست 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 اورو-گرافی ترشی و پیلو-گرافی رتو-گراد بعداز برداشتن سوند حاصل، میتوان تا حدودی نقشه و چگونگی عمل جراحی را طرح کرد. ولی این اصل را نباید فراموش کرد که همواره تصمیم نهایی و تعیین نوع عمل جراحی ضمن انجام دادن عمل و بر بالین بیمار اتخاذ خواهد شد (۵-۴).

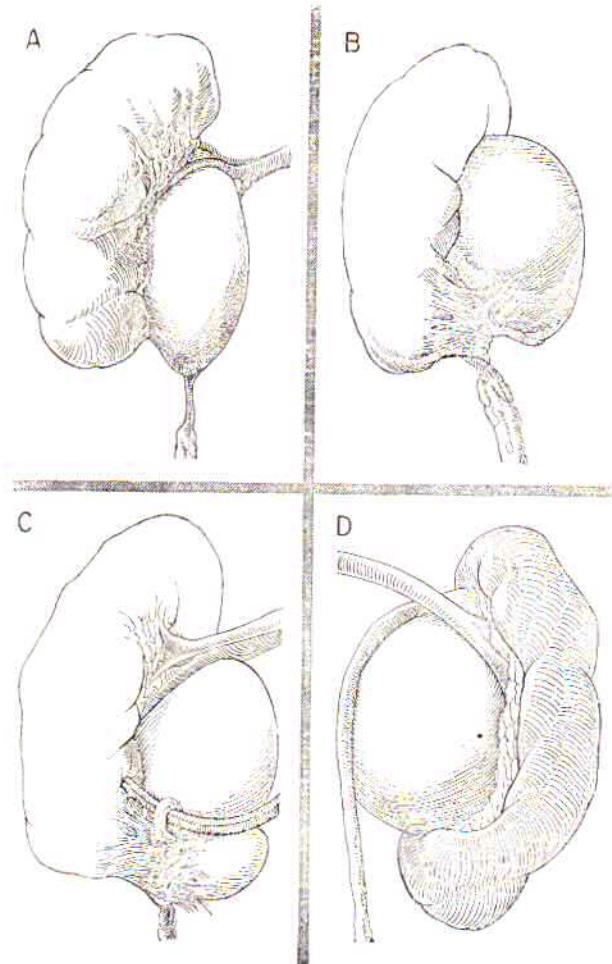
اطلاع از چگونگی وضع کلیه مقابله اهمیت زیادی دارد زیرا در خبلی از موارد ممکن است در ضمن عمل متوجه شویم که تنگی یا وضع کلیه و لگنچه غیر از آنست که در پیلو-گرافی‌ها و آزمایش‌های دیگر مشخص شده است و در صورتیکه کلیه طرف دیگر سالم باشد نفر کتومنی یک عمل انتخابی است (۵-۴-۲).

مسئله ایکه نباید هیچ وقت فراموش کرد موضوع عفونت ادراری بیمار است که قبل از اقدام به هر گونه عمل پلاستی باید عفونت را که یک عارضه شایعی است از بین برد (۵-۲-۱).

اعمال جراحی با بیهوشی عمومی و با برش معمولی لومبر بدون برداشتن دنده است. بعداز آزاد کردن کلیه و لگنچه و قسمت فوقانی حاصل اعضا مزبور را تاحد امکان انسوچ و چربی‌های اطراف خود جدامیکنیم که البته در این موقع باید عروق آبران را از نظر دور داشت. در صورتیکه عروق سرگردان برخورد کردیم بهتر است با بستن موقعی آن قسمتی را که آن رگ مشروب می‌سازد مشخص کرد و اگر رگ خیلی مهمی نباشد، آنرا بر میداریم و در صورتیکه قسمت زیادی از کلیه را مشروب می‌سازد، و برداشتن رگ مقدور نیست، در اینصورت با بریدن و پیوند مجدد حاصل به لگنچه فشار رگ را از روی حاصل برداشته، مانع جریان ادرار را بر طرف می‌سازیم (۶-۵-۲).

از بین بردن چسبندگی‌های فیبروتیک اطراف حاصل یا برداشتن و حذف یاندولتها وغیره ممکن است برای از بین بردن علت هیدرونفروز کافی باشد. اغلب در اینمورد اگر با تحریکات مختلف حرکات

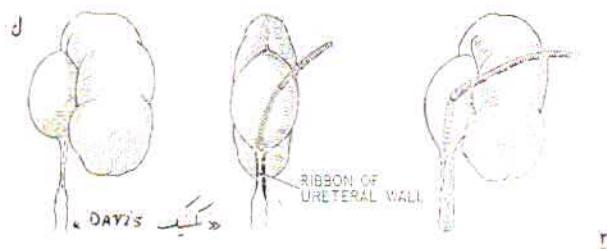
تومورهای ناحیه مزبور، جایجا شدن کلیه و کشیده شدن پدیکول و فشار آن روی حاصل، لگنچه‌های غیر طبیعی که در قطب فوقانی کلیه قرار دیگرند (حاصل از روی بر جستگی کنار داخلی کلیه عبور می‌کند و بعلت رویهم خواهید حاصل در دفع ادرار اختلال ایجاد می‌شود) (نمودار شماره ۱). علل ذکر شده یا سایر علل نادر دیگر با ایجاد هیدرونفروز ممکن است تولید دردهای کم و بیش شدید بعلت منسخ شدن خارج از اندازه لگنچه بکنند ولی در اغلب موارد معمولاً این دردها بعلت ایجاد عفو تنهای ثانوی است (۴).



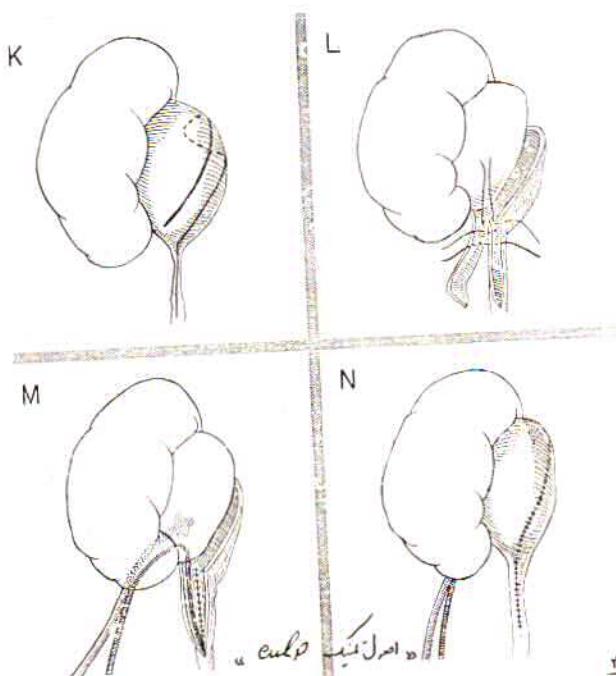
۱- موارد متعدد عمل اعمال حاصل به لگنچه

در شیرخواران ممکن است اولین علامت وجود توده‌ای در ظرف کلیه معلول باشد و در بچه‌های بزرگتر ممکن است اولین علامت هماتوژنی بخصوص بعداز مختصر ضربه ناحیه کلیه باشد و بالاخره در تمام موارد دیر یا زود نارسائی در یک با در هر دو کلیه ایجاد خواهد شد (۵-۴).

روش علاوه بر تنگی‌های محل اتصال حالب به لگنچه در تنگی‌های سایر نقاط حالب نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. اصول این روش، دادن شکاف طولی در حالب در محل تنگی و گذاردن لوله پلی‌اتیلن با کالبیر مناسب در حالب بعدت ۴ تا ۶ هفته است (نمودار شماره ۳) (۲).



تنگی‌کالب (Culp) – در این روش فلاپی از روی لگنچه بریده و بقسمت پائین و محل تنگی محل اتصال حالب به لگنچه می‌آوریم (نمودار شماره ۴) (۵-۲).



در اغلب این روشها در اوایل از لوله‌های نفرستومی یا لوله‌های داخل حالبی وغیره استفاده می‌کردند. ولی عدم موفقیت‌های پی‌درپی در این روشها از جمله ایجاد عفونتهای مقاوم‌تنگی‌های محل آناستوموز و بخصوص ایجاد فستولهای محل سوندهای لوله‌ها، جراحان را به اتخاذ تدابیر بهتری مجبور کرد. از جمله Hamm حالب را کاملاً در محل تنگی از لگنچه جدا و بعد

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

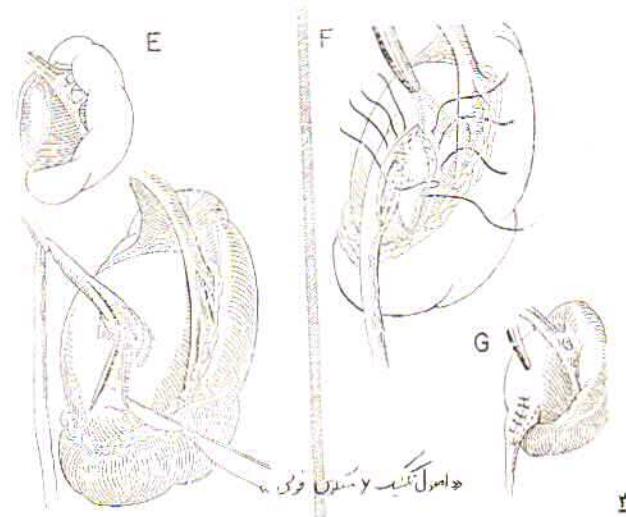
در مواد دیگر وجود تنگی قابل توجه در محل اتصال حالب به لگنچه محض گردد در موقعی اقدام به این عمل می‌کنیم که اولاً کلیه از نظر عفونت کاملاً سالم باشد. در ثانی حداقل ۳۰٪ نسج قشر کلیه سالم باقی مانده باشد. یعنی در حقیقت هیدرونفروز بقدرتی پیشرفت نکرده باشد که نسج ترشحی کلیه کاملاً ازین رفقه باشد.

(۶-۵-۳-۲)

در پلاستی محل اتصال حالب به لگنچه، بر حسب وضع و طول محل تنگی و یا احیاناً وجود شریانهای غیرطبیعی میتوانیم از روش‌های مختلف اعمال جراحی که توسط جراحان انجام و پیشنهاد شده استفاده کنیم (۶-۵-۶).

از نظر رعایت اختصار چند تکنیک مهم را فقط بطور نمودار و با کمک تصاویر شرح می‌دهیم و در مورد تکنیکی که در بخش میزانهای مرکز پزشکی پهلوی روی مت加وز از ۲۶ بیمار با موفقیت انجام گرفته است، بحث بیشتری مینماییم: در تنگی‌های محل اتصال حالب به لگنچه که طول تنگی زیادتر از یک سانتیمتر است از روش «y میکوس Foley» استفاده می‌کنیم.

اصول این روش مطابق نمودار شماره ۶-۲ درست کردن یک فلاپ مثلثی شکل از لگنچه و بالا بردن حالب تنگ با آن ناحیه است (۶-۵-۲).



روش دیگری که معمولاً در تنگی‌های با طول زیاد و یا در حالب‌های کوتاه مورد استفاده قرار می‌گیرد روش «Davis» است. این

بوده از بین رفته است، عفونت مهار شده قبل از عمل عود نکرده است و در مواردی که بیمارجهت وارسی مجدد مراجعت کرده است در اوروگرافی و آزمایش‌های مجدد بهبود قابل توجهی در وضع کلیه بیمار حاصل شده و آمار ما با مقایسه با آمار سایر مرکز پژوهشی دنیا واقعاً قابل توجه است. مثلاً در آماریکه Foley منتشر کرده است موفقیت این عمل را ۹۵٪ ذکر می‌کند و کالپ در ۴۶ بیمار ۴۳ موفقیت و ۳ مورد عدم موفقیت داشته است (۵) و ما اگر خوبین باشیم و بیمارانی را که بعداً مراجعت نکرده‌اند، عدم راجعه شان را بعلت رفع ناراحتی‌ها و علائم بیماری‌شان بدانیم، موفقیت بعداز عملمان را باید قابل توجه بحساب آوریم.

البته موفقیت قابل توجه در اعمال جراحی پلاستی محل اتصال حالب به لگنچه و هیدرونفروزها، نه بازگشت کامل فونکسیون کلیه... بلکه کنترل عفونت، از بین رفتن درد و ناراحتی‌های بیمار، از بین رفتن نسبی استعداد ایجاد سنگ کلیه، عدم ایجاد فیستول ادراری و غیره که در سطح فلی پیش‌رفت جراحی جهان یا حداقل ایران مایه امیدواری است.

تعداد ۲۶ بیمار ما که مورد پلاستی محل اتصال حالب به لگنچه قرار گرفته‌اند از میان تعداد بیشماری از بیماران انتخاب شده‌اند که بعلت هیدرونفروز در اثر تنگی محل اتصال حالب به لگنچه مراجعت کرده‌اند که در قسمت اعظم بیماران اجباراً بعلت پیشرفت بیماری نفرکتومی انجام شده است. در بعضی از بیماران بقطع شریان یا ورید سرگردان و در بعضی دیگر به برداشتن بریدها و چسبندگی‌های اطراف لگنچه و حالب اکتفا شده است و تعداد ۲۶ تن، بیمارانی بوده‌اند که تنگی کاملاً محز مادرزادی قابل عمل در محل اتصال حالب به لگنچه داشته‌اند که مورد پلاستی قرار گرفته‌اند. من این بیماران که با ناراحتی‌های مختلف مراجعت کرده‌اند باین ترتیب بوده است:

۲ تن در ۴ سالگی،

۳ تن از ۸ تا ۹ سالگی،

۱۰ تن از ۱۷ تا ۱۹ سالگی،

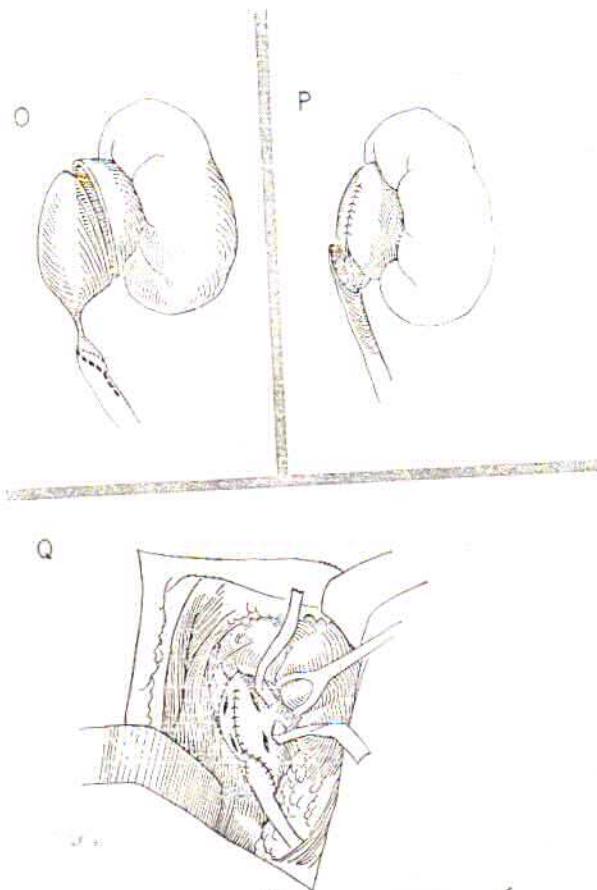
۵ تن از ۲۰ تا ۲۲ سالگی،

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 مراجعت کرده‌اند کمتر موفق شده‌ایم که کلیه را با پلاستی نجات بدheim و در اغلب موارد مجبور به نفرکتومی شده‌ایم.

۱۲ تن از ۲۶ تن با علامت عفونتهای عود کننده ادراری تحت معاینه قرار گرفته و تشخیص داده شده‌اند.

از حذف قسمت تنگ مجدد آن را در لگنچه می‌کاشت. منتهی از نظر وجود آماس بعد از عمل جراحی در محل آناستوموز، سوراخهای چندی در لگنچه بوجود می‌آورد که مدت‌ها ادرار از سوراخهای مزبور خارج می‌شد و پر واضح است که گاهی خود همین سوراخها ممکن بود موجب عوارض بعدی و فیستولهای ادراری شود (نمودار شماره ۵) (۲).



۵ «تکنیک HAMM» داخل لگنچه حائیس - آندرس

از این نظر هاینس (Haynes) و آندرس (Anderson) تکنیک (HAMM) را باینصورت کامل کردند که بدون ترس از آماس بعداز عمل جراحی، حالب را به لگنچه دوختند و از ایجاد شکاف و گذاشتن سوند نفرستومی و پیلوستومی و غیره خودداری کردند و نتایجی هم که از عملشان گرفتند. بسیار درخشنان بود (۶-۵-۲).

ما هم در بخش میزه راه دانشکده پژوهشی در مدت قریب به ۷ سال در حدود ۲۶ بیمار مبتلا به تنگی محل اتصال حالب به لگنچه را با همین تکنیک هاینس - آندرس مورد پلاستی قراردادهایم که خوشبختانه در همه موارد موفقیت در عمل درخشنان بوده است. بعد از عمل در هیچ مورد فیستول ادراری نداشته‌ایم، درد کلیه اگر

- اغلب تنگی‌های محل اتصال حالب به لگنچه بدون ظاهر بالینی قابل توجهی پیشافت می‌کند.
- عفونت ادراری مقاوم، دردهای کولیکی، ایجاد سنگ، تظاهرات گوارشی و هماتوری از عوارضی است که اغلب در اثر وجود تنگی ابتدای حالب به وجود می‌آید.
- تنها تنگی‌های مادرزادی محل اتصال حالب به لگنچه نیست که باعث ایجاد هیدرونفروز و سایر عوارض کلیوی می‌گردد بلکه علل دیگر از جمله رگهای سرگردان، بریدها و چسبندگیهای اطراف لگنچه و حالب و غیر طبیعی قرار گرفتن لگنچه و حالب هر کدام می‌توانند به نوبه خود باعث ایجاد هیدرونفروز و سایر عوارض گردد.
- قبل از اقدام به هر گونه اعمال جراحی پلاستی در تنگی‌های محل اتصال حالب به لگنچه باید نسبت به رفع عفونت که از عوارض شایع است اقدام کرد.
- امروزه در جراحی‌های پلاستی کلیه از لوله‌های حالبی یا نفرستومی و پیلوستومی کمتر استفاده می‌گردد.
- در مدت ۲۶ سال نفر در بخش میزه راه دانشکده پزشکی بهلوی تحت عمل جراحی پلاستی محل اتصال حالب به لگنچه قرار گرفته‌اند که نتیجه درخشن بوده است.

۵ تن با علام و وجود سنگ کلیه مراجعه کرده‌اند.
 ۲ تن بعلت کولیک نفرتیک بدون داشتن سنگ و عفونت مراجعه کرده‌اند.
 ۲ تن بعلت هماتوری و نفر با علام مختصر ادراری و باناراحتی شدید دستگاه گوارش مراجعه کرده‌اند.
 و بالاخره آنچه نباید ناگفته گذاشت این است که تعداد مبتلایان به تنگی‌های محل اتصال حالب به لگنچه خیلی فراوانتر از آنست که دریک بخش جراحی مربوط به بیماریهای کلیه و مجاری ادرار به مدت ۷ سال فقط ۲۶ نفر باین علت تحت درمان پلاستی قرار گیرند. متأسفانه اغلب این بیماران حتی در مرحله‌ای هم که می‌شود با یک پلاستی ساده عضو پر ارزشی از بدن آنان را حفظ کرد، فقط با تشخیص هیدرونفروز تحت عمل جراحی (نفر کوتومی) قرار می‌گیرند.

خلاصه:

- تنگی‌های محل اتصال حالب به لگنچه از تنگی‌های شایع دستگاه ادراری است.
- تنگی در دستگاه ادراری هرچه به دستگاه ترشحی (کلیه) نزدیکتر باشد زودتر و سریعتر میتواند در ترشح ادرار اختلال ایجاد نماید.

REFERENCES:

- 1- Short Practice of Surgery «(Baily) and (Lavé) » «1968_fifteenth 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 (Philadelphia 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).