

4-24-2018

SURGICAL TREATMENT OF RENAL FORM FOR PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM AT CHILDREN

A.A. Nasirov

Tashkent pediatric medical institute

S.T. Agzamkhodzhaev

Tashkent pediatric medical institute

Z.B. Abdullayev

Tashkent pediatric medical institute

Follow this and additional works at: <https://uzjournals.edu.uz/pediatrics>

Recommended Citation

Nasirov, A.A.; Agzamkhodzhaev, S.T.; and Abdullayev, Z.B. (2018) "SURGICAL TREATMENT OF RENAL FORM FOR PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM AT CHILDREN," *Central Asian Journal of Pediatrics*: Vol. 1 : Iss. 1 , Article 8.

Available at: <https://uzjournals.edu.uz/pediatrics/vol1/iss1/8>

This Article is brought to you for free and open access by 2030 Uzbekistan Research Online. It has been accepted for inclusion in Central Asian Journal of Pediatrics by an authorized editor of 2030 Uzbekistan Research Online. For more information, please contact sh.erkinov@edu.uz.

SURGICAL TREATMENT OF RENAL FORM FOR PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM AT CHILDREN

Cover Page Footnote

Tashkent pediatric medical institute

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ФОРМЫ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Обосновать показания и этапность хирургического лечения ПФ ПГПТ у детей.

Материалы и методы. В процессе обследования детей с МКБ диагноз ПГПТ подтвержден у 52 (2,5%) детей (основная группа). В группу сравнения вошли 54 больных с мочекаменной болезнью без ПГПТ. Исследование проводилось в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре Эндокринологии и клинике Ташкентского педиатрического медицинского института. Инструментальные методы обследования (обзорная и экскреторная урограмма, УЗИ почек и мочевого тракта) позволили охарактеризовать и определить место расположения конкрементов в почках у обследованных детей.

Результаты. При ПФ ПГПТ у детей без обтурационной уропатии нефро-уролитотомия целесообразно проводить после паратиреоидэктомии. При наличии окклюзирующих камней мочевых путей, вызывающих частые атаки пиелонефрита со снижением функции блокированной почки и болевым синдромом первичное вмешательство должно быть направлено на деблокирование почки путем удаления обтурирующих камней или высокой деривацией мочи.

К нарушениям почечных функций и образованию камней приводят многие факторы, один из них гиперфункция паращитовидной железы (ПЩЖ) [1-2]. Причины развития первичного гиперпаратиреоидизма (ПГПТ) не известны [3].

ПГПТ — клинический синдром с характерными симптомами и признаками, обусловленными повышением продукции паратиреоидного гормона (ПТГ) паращитовидными железами. У большинства пациентов с ПГПТ в 85% случаев встречается солитарная аденома, у 5% — множественные аденомы, у 10% — гиперплазия паращитовидных желез (ПЩЖ) и менее чем в 1% — карцинома ПЩЖ, последняя у детей практически не изучалась.

Гиперкальциурия, характерная для ПГПТ снижает реабсорбцию неорганического фосфора в почечных канальцах, что приводит к гиперфосфатурии. Неорганический фосфор восполняется из костей, где он находится в соединении с солями кальция, которые также выводятся в кровь и затем экскретируются почками [6].

При поздней диагностике заболевания, когда имеются тяжелые деструктивные изменения в почках, полного выздоровления может не наступить [4].

Цель работы — обосновать показания и этапность хирургического лечения ПФ ПГПТ у детей.

Материалы и методы

В процессе обследования детей с МКБ диагноз ПГПТ подтвержден у 52 детей (2,5%) (основная группа). В группу сравнения вошли 54 больных с мочекаменной болезнью без ПГПТ. Исследование проводилось в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре Эндокринологии и клинике Ташкентского педиатрического медицинского института. Возраст детей составил от 3 до 15 лет. Наблюдение за ними проводилось в течение 2-5 лет.

Инструментальные методы обследования (обзорная и экскреторная урограмма, УЗИ почек и моче-

вого тракта) позволили охарактеризовать и определить место расположения конкрементов в почках у обследованных детей.

Результаты и обсуждение

Доказано, что при ПГПТ хирургическое лечение почечных камней осуществляется после паратиреоидэктомии ПТЭ. Если у больных имеются окклюзирующие камни мочевых путей, вызывающие частые атаки пиелонефрита со снижением функции почек и болевым синдромом (26,9%), то на первом этапе удаляли обтурирующие камни. ПТЭ этим больным откладывали на следующий этап, т. к. развитие гипокальциемии приводит к спазму гладкой мускулатуры лоханки и мочеточника, которые еще сильнее нарушают уродинамику верхних мочевых путей.

Гистологические исследования показали, что при значительном снижении функции почек у некоторых больных не было выраженных патологических изменений. Это свидетельствует об обратимости функциональных нарушений в почках и о необходимости очень строгого подхода к решению вопроса о нефрэктомии (табл. 1).

У 9 (17,3%) детей показанием для первичной хирургической помощи было отведение мочи методом чрескожной пункционной нефростомии (ЧПНС).

Показанием для высокой деривации мочи у 6 детей была пальпируемая почка с резким снижением функции — так называемая «немая почка». У 3 детей обострение хронического калькулезного пиелонефрита сопровождалось высокой температурой (38-39 С), рвотой, снижением аппетита, сухостью кожных покровов, слабостью, апатией, отставанием в физическом развитии. Пальпировалась увеличенная в размере, болезненная почка, плотной консистенции, отмечалась асимметрия живота и отставание в акте дыхания пораженной стороны. У всех детей на эходоплерограмме наблюдалось резкое снижение (отсутствие) выброса

мочи через УВС, на ренограмме снижение секреторной и экскреторной функции почки.

ку и не более двух чашечек производили каликотомию и с помощью метода откусывания, фраг-

Таблица
Первичная хирургическая помощь и этапность операций в зависимости от осложнений ПФ ПГПТ у детей

Этапность хирургического лечения	Осложнение МКБ				Всего
	Острый обструктивный пиелонефрит	Немая почка	Неосложненный пиелонефрит	Необтурирующие камни	
Литотомия → ПТЭ	14 26,9%	-	-	-	14
ЧПНС → ПТЭ → литотомия	-	9 17,3%	-	-	9
ПТЭ → литотомия	-	-	24 46,1%	-	24
ПТЭ	-	-	-	5 9,6%	5
Итого:	14	9	24	5	52

Примечание: ПТЭ — паратиреоидэктомия, ЧПНС — чрескожная пункционная нефростомия

Из 9 (17,3%) детей, которым была установлена перкутанная нефростомия у 8 детей (12-36 мес.) функциональное состояние почек восстановилось, у 1 ребенка (36 мес.) отмечался пиелонефроз с замещением почечной ткани фиброзной, функция почки не восстановилась, проведена нефруретерэктомия. У 24 (46,1%) детей почечные камни не препятствовали оттоку мочи и не отмечалось обострение калькулезного пиелонефрита. Хирургическое лечение этим детям начинали с ПТЭ, что предупреждало гиперкальциемическую интоксикацию и рост почечных камней. Операции на почках и МВП выполнялись не ранее, чем через 45-60 дней после ПТЭ.

У 10 из 24 больных, которым проводилась ПТЭ и литотомия, наблюдался гипопаратиреоз с характерными клиническими проявлениями неврологических и психотических симптомов, а также с повышением уровня креатинина и снижением диуреза (олигоурия) на 20-40%. 5 (9,6%) детям проводили только паратиреоидэктомию, у них почечные камни не препятствовали оттоку мочи.

При двухстороннем уrolитиазе хирургическое вмешательство начинали с той почки, где была менее нарушена почечная урогемодинамика. Такой подход выбран с целью раннего восстановления почечной уродинамики, повышения резервных возможностей почки, предупреждения обострений пиелонефрита и почечной недостаточности и минимального риска развития «шоковой почки». Операции на контралатеральной почке проводили не ранее чем через 2,0-2,5 месяца.

При множественных, коралловидных камнях изменяли доступ по И.П.Погорелко и по И.И. Федорову, который позволяет легко провести манипуляции по удалению камней, расположенных при внутривнутрипочечном типе лоханки, а также с каликотомией или калико-пиелотомией.

При коралловидных камнях, заполняющих лохан-

ментировали (рога коралла) чашечный камень (структура фосфатных камней рыхлая, легко подвергается дезинтеграции) до размера шейки чашечки. Основным этапом, определяющим восстановление функции оперированной почки, является уход и адекватное лечение больных в раннем послеоперационном периоде (в первые 0-10 суток). Рациональный выбор антибиотиков в раннем послеоперационном периоде предупреждает осложнения заболевания (пиелонефрит, сепсис, бактериемия и др.).

У детей, больных ПГПТ камни почек состоят в основном из фосфатных солей (апатиты): они рыхлые и легко фрагментируются, кроме того, в коллекторной системе почек имеются замазкообразные вещества (фрагменты или макролиты конкремента), которые во время операции невозможно удалить. С целью предупреждения развития острого послеоперационного пиелонефрита и контроля за функциональным состоянием почек на 8-15 дней осуществляли дренаж чашечно-лоханочной системы. Восстановление функции которого имеет важное значение для благоприятного течения послеоперационного периода.

Промывание полостной системы почки 0,1% раствором диоксида, разведенным на 0,25% новокаине (капельно, 20-30 капель в минуту, 2 раза в день, по 100-150 мл, 5-10 дней) способствовало снижению щелочности мочи (что характерно для больных ПГПТ), отхождению мелких камней (солей, макролитов и фрагментов конкремента) и уменьшению инфицированности собирательной системы почки. Новокаин действовал на почку как обезболивающее средство, снимающее спазм проксимальных и дистальных почечных канальцев и сосудов почек, что способствовало восстановлению диуреза, исчезновению болевого синдрома и дилатировало внутри и внепочечные мочевые ходы, тем самым помогало отхождению кристаллов и мочевых солей.

Выводы

1. Оперативные мероприятия, проводимые детям с ПФ ПГПТ, зависят от тяжести клинической симптоматики МКБ и ПГПТ. При осложненном течении МКБ (44,2%) первоочередной задачей является восстановление уродинамики (литотомия или ЧПНС).

2. Правильный выбор первичного хирургического вмешательства позволяет предупредить возникновение осложнений (в 76,9% случаев) в раннем послеоперационном периоде, как со стороны почек, так и со стороны эндокринной системы и способствует раннему восстановлению функции почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дзеранов Н.К., Черепанова Е.В. Факторы риска развития мочекаменной болезни у детей (Обзор литературы). *Consilium medicum*. 2009; 7: 23-28.
2. Кадыров З.А., Истратов В.Г., Сулейманов С.И. Некоторые вопросы этиологии и патогенеза мочекаменной болезни. *Урология*. 2006; 5: 98-101.
3. Пирназаров М.Б. Клинико-лабораторная оценка факторов риска камнеобразования в регионах Таджикистана: Автореферат. дис. канд. мед. наук. М, 2009: 26.
4. Abu Ghazaleh L., Shunaigat A., Budair Z. Retrograde intrarenal lithotripsy for small renal stones in prepubertal children. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2011; 22(3): 492-496.
5. Febrero B., Rios A., Rodriguez J., Riquelme J., Parrilla P. Hypercalcemic crisis as first manifestation of primary hyperparathyroidism in adolescence. *Cir Esp*. 2010; 88(6): 418-419.
6. Lawson M., Miller S., Ellis G. Primary hyperparathyroidism in a paediatric hospital. *JM*. 2009; 89(12): 921-932.

Носиров А.А., Агзамходжаев С.Т., Абдуллаев З.Б.

БОЛАЛАРДА БИРЛАМЧИ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМ БУЙРАК ШАКЛИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Калит сўзлар: уропатиялар, паратиреозэктомия, блок, буйрак, деривация

Болаларда БГПТ буйрак шаклларида паратиреозэктомиядан кейинги обтурациясиз уропатияларда нефроуретролитотомия ўтказиш мақсадга мувофиқ. Обструкцияга учраган буйрак функциясини пасайиши билан кечувчи тез-тез хуруж қилувчи пилонефрит ҳамда окрик синдромини чиқарувчи сийдик йўллари окклюзияловчи тошларда дастлабки операция амалиётини сийдикни юқори деривацияси ёки обтурацияловчи тошларни олиб ташлаш йўли билан буйракни тўсиқдан халос этишга йўналтирилмоғи лозим.

Nasirov A.A., Agzamkhodzhaev S.T., Abdullayev Z.B.

SURGICAL TREATMENT OF RENAL FORM FOR PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM AT CHILDREN

Key words: uropathy, parathyroidectomy, blocked, kidney, urine derivation.

At children without abnormal uropathy, the nephro-uroolithotomy should be performed after parathyroidectomy. The presence of occluding stones in the urinary tract were caused frequent attacks of pyelonephritis with decreased function of blocked kidney and pain syndrome. The primary intervention should be aimed to release the kidney by removing obturating stones or high urine derivation.