

616.61-007.41

K PROBLEMATIKE OBTIAŽÍ VYVOLÁVANÝCH ZMENENOU TOPIKOU OBLIČIEK

Plukovník MUDr. Ján MATEJKA, major MUDr. Ján LÁNGOŠ, MUDr. Ján BERZEVICZY
z vojenskej nemocnice, Košice

Otázka zmenenej topiky obličiek, či už ide o blúdivú obličku (BO), alebo jej ektópiu, si zasluhuje pozornosť. Ektopickú obličku považujeme za doménu chirurga a v internej praxi sa s ňou stretávame veľmi zriedka. Tým viac nás zaujíma výskyt BO, lebo ak jej uvoľnenie nie je združené so subjektívnymi obtiažami, je to len anatomická anomália. Klinickým pojmom sa stáva až vtedy, keď vyvoláva ťažkosti a potom hovoríme o syndróme blúdivej obličky (SBO).

Určitá časť lekárov, najmä internisti, sú náchylní bagatelizovať obtiaže podmienené BO, kým na druhej strane, obzvlášť chirurgovia, často pripisujú ťažkosti pacienta zmenenej topike.

Nakoľko nositelia BO pre polymorfnosť obtiaží nevyhľadávajú priamo urológov, považujeme za potrebné, aby k tejto problematike zaujal stanovisko aj internista.

Hodnotenie BO prekonalo v posledných desaťročiach rôzne metamorfózy. Na začiatku nášho storočia bola BO diagnózou módy a zistili ju u každej 5. až 6. ženy. Na operatívnu liečbu týchto stavov sa použilo asi sto modifikácií.

Podľa Witzgalla SBO je klinický pojem (9). Má substrát anatomický a funkčný. Anatomický zahrňuje v sebe pokleslú a mobilnú ob-

ličku; funkčný substrát sa prejavuje schopnosťou organizmu reagovať subjektívnymi obtiažami. Posunlivosť obličky sa považuje za fyziologickú, ale len v určitom rozmedzí. V rtg. obraze sa pokles obličky o jeden stavec ešte nehodnotí ako patologický a prípustná fyziologická hranica sa udáva 5 cm. Stupeň poklesu obličky — podľa väčšiny autorov — nejde paralelne so subjektívnymi obtiažami. Tak napr. Minder (5) i Surrao (8) nepripisujú patologický význam len anatomickej pohyblivosti. Minder tvrdí, že v 80 % prípadov BO nezapríčiňuje klinické obtiaže. Witzgall hovorí, že pri vyrovnanom nervovom systéme môže byť BO a nefroptóza len náhodným nálezom. Je všeobecná a dávna skúsenosť, že SBO je o mnoho častejšia u žien a u neurovegetatívne labilných osôb, kde sa ľahšie uplatňuje aj táto jeho druhá zložka.

Funkčnú zložku SBO potencuje jej rotácia, ako aj nepatrne rozšírená a chabá panvička. Rotácia spôsobuje ťah za prikrátku cievnu stopku a spätné pôsobí na nervové dráhy, na tonus obličkovej panvičky, uretera, až homolaterálnej strany močového mechúra.

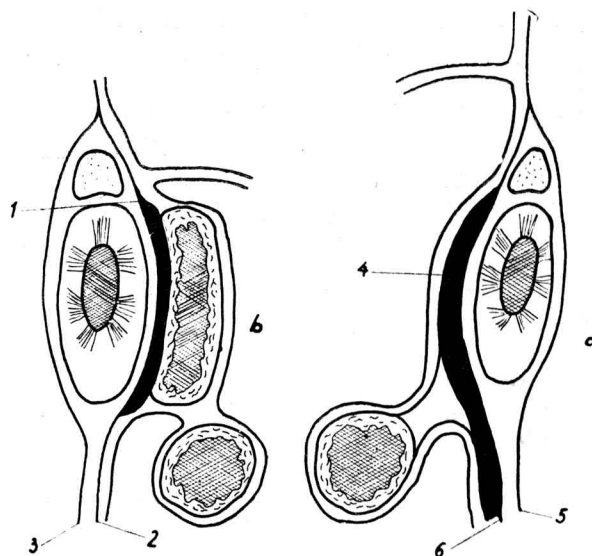
Zvýšený ťah za cievnu stopku je pri abnormálne posunlivej obličke zdrojom patologických impulzov, lebo sa dráždi gangl. coeliacum

cez renálny plexus. Hoci sú tieto patologické podnety malej intenzity, môžu sa prejavovať u vegetatívne labilnej osobnosti rôznorodými bolesťami v bruchu. Rozsah posunlivosti hrá tuná podradnú úlohu a dôležitejší je stav nervovej sústavy. Mnohotvárnosť obťažní dáva podklad k rôznym dohadom v diagnostike.

Patologické podnety môžu prestupovať z jedných aferetných dráh na druhé, pričom nemusíme vnímať miesto ich vzniku, takže napr. pri BO sa neobjavujú bolesti v lumbálnej oblasti. Takto možno vysvetliť polysymptomatickosť obťažní pri SBO. Patologické vzruchy z BO môžu viesť k angiospastickým krízam druhej, anatomicke nezmenenej obličky, k spastickým obštrúkciam, rezistentným bolestiam pri vredovej chorobe, k opakovaným vzplanutiam infekcií žľazových ciest apod. SBO sa teda vyskytuje často u neurovegetatívne stigmatizovaných osôb, s prevládajúcimi sympatikotonickými reakciami. Je zaujímavé sledovať, ako často tieto sympatikotonické reakcie vedú k organickým zmenám na iných orgánoch dutiny brušnej. Podľa Wit z g a l l a to býva pomerne často.

Všetky práce o syndróme blúdivej obličky sa zhodujú v tom, že v štatistikách prevládajú ženy a u oboch pohlaví astenický habitus a pravá strana. Zriedkavejšia je obojstranný pokles a len výnimočne izolovane na ľavej strane. Zaujímavý poznatok uverejnil M c C l e l l a n (4). Izolovaný pokles ľavej obličky našiel 106-krát z 1500 urogramov, t. j. v 7,1 %. U 29 pacientov zo 106 našiel príčinu poklesu v onemocnení ľavej obličky alebo okolitých orgánov. Dedukuje z toho požiadavku, aby pri izolovanom poklese ľavej obličky sa vynaložilo všetko úsilie vylúčiť jej organické onemocnenie alebo tumor nadobličky.

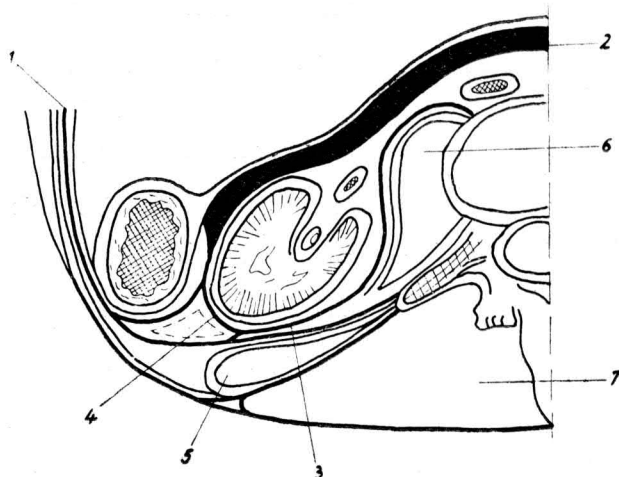
Patogenéza BO je neustálená a nejednotná. Hľadajú sa anomálie obličkovej fascie, abnormálna dĺžka cievnej stopky obličky, znížený intraabdominálny tlak, malé zásoby tuku v organizme, konštitúcia, tvar panvového skeletu, typ dýchania u žien, veľkosť a poloha pečene, tonus peritoneálnych väzov a svalstva brušnej steny. Význam obličkovej fascie pri fixácii tohto orgánu je sporný. Či predĺžená cievna stopka je podmienkou, alebo následkom skleslej obličky, o tom sa mienky rozchádzajú. Predĺžená cievna stopka sama o sebe nemôže byť jedinou príčinou, ale je priťažujúcim faktorom. Znížený intraabdominálny tlak prispieva k uvoľneniu obličky. Avšak ani jeden z uvedených faktorov nemôže byť sám o sebe príčinou poklesu orgánu, iba v tom prípade, ak dojde k ich kombinácii. Ani tukový obal nehrá dôležitú úlohu pri fixácii obličky. S u r r a c o pri vysvetľovaní vzniknu blúdivej obličky vychádza z embryológie. (Obr. 1). Vo frenolumbálnej krajine ohraničuje obličkový vačok Zuckermandlov prerenálny a retrorenálny list subperitoneálnej fascie. Retrorenálny list siaha od bránice k lumbálnym svalom a je pevne spojený s aponeurózou obklopujúcou bederné svalstvo a psoas. Prerenálny list, ktorý adhezuje na diafragmu, siaha až k dolným partiam lumbálnej



Obr. 1. Priečny rez cez ľavú obličkovú krajinu (podľa Rauber — Kopscha)

1. Fascia subperitonealis; 2. Toldtova fascia; 3. fascia retrorenalis; 4. fascia praerenalis; 5. musculus quadratus lumb.; 6. musculus psoas; 7. musculus sacrospinalis

krajiny a je v celom svojom rozsahu hlboko spojený s parietálnym peritoneom. Prerenálne a retrorenálne listy nie sú však navzájom spojené mediálne a dole. Strácajú sa v tukovom väzive fossae ilicae. Subperitoneálna fascia vytvára teda pre obličku len nedokonalú podporu. Tvorí akýsi virtuálny kanál, ktorý pri poklese obličky sa ľahko rozširuje. Prerenálny list na oboch stranách pevne prilieha k vyšším častiam capsulae renalis a k hilom, v dolných partiach len ľahko adhezuje k púzdru. Ďalší vývoj je rozdielny. Na ľavej strane spevňuje polohu obličky široká Toldtova fascia, utvorená splynutím ľavého listu primitívneho mezenteria s parietálnou pobrušnicou. (Obr. 2a). Ľavá vena suprarenalis ústi do renálnej žily a prispieva tiež k udržiavaniu ľavej obličky na mieste (7). Na pravej strane sú vývojové a anatomicke pomery iné. Pravý prerenálny list je slabší a zrástá s pomerne úzkou Treitzovou



Obr. 2. Sagitálny rez pravou a ľavou obličkovou krajinou

1. Treitzova fascia; 2., 6. fascia praerenalis; 3., 5. fascia retrorenalis; 4. Toldtova fascia

fasciou, ktorá ohraničuje duodenálne lôžko zozadu. Embryologicky je táto fascia výsledkom zrastu pravého listu mezoduodena a primitívneho parietálneho peritonea. Jej úzky pruh nie je takou oporou pravej obličky, ako široká Toldtova fascia vľavo (obr. 2 a).

V klinickej praxi snažili sa rôzni autori vnieť do polymorfnosti obtiaží určitý systém. Lutze (3) delí obtiaže na mono — a polysymptomatické, u Witzgalla nachádzame kritérium komplikovaných a nekomplikovaných blúdívých obličiek. Najvýstižnejšie delenie sa nám zdá Surracovo, ktorý delí príznaky SBO na fyzikálne a funkcionálne.

Pod fyzikálnymi príznakmi rozumie skleslú a posunlivú obličku. Funkcionálne symptómy delí na obtiaže zo strany urogenitálneho, abdominálneho a nervového systému.

Príznaky zo strany urogenitálneho aparátu sa prejavujú bolesťou, zhoršujúcou sa v ortostatickej polohe, renálnymi kolikami, proteinúriou, mikroskopickou hematúriou a mikčnými obtiažami. Gastrointestinálne symptómy sa manifestujú dyspepsiou, bolesťami v žlčníkovej krajine, v krížoch a anémiou. Psychická zložka je charakterizovaná depresívnymi, hypochondrickými alebo neurastenickými stavmi.

Pri diagnostike SBO sa treba opierať o rozbor anamnestických údajov podľa citovanej schémy, o fyzikálny nález, najmä výraznú posunlivosť obličky vleže a nefrogram. Podľa Surraca je výhodné hmatať obličku v sede, alebo v postoji pri predklone. Vylučovaciu pyelografiu považuje za výstižnejšiu, lebo táto metóda umožňuje posúdiť tonus obličkovej panvičky, uretera ev. močového mechúra. Diagnostiku spresňuje časovaná urografia.

Pred rozhodnutím o liečebnom postupe je kategorickou požiadavkou vylúčiť súčasne organické onemocnenie iných orgánov v dutine brušnej.

Na liečbu SBO sa názory ušľachujú, najmä po spresnení diagnostiky a možnosti posúdiť funkčný stav obličiek. Pokleslú obličku nepovažujeme za konštitučnú slabosť, ktorú treba korigovať chirurgicky, menovite u tzv. nekomplikovaných stavov.

Ak sme zistili súčasne onemocnenie iného orgánu, je prirodzené, že sa zameriame na liečbu tejto choroby. Negatívne impulzy vychádzajúce z BO tlmíme kľudom, sedatívami, spazmolytikami a sympatikolytikami.

Nekomplikovaný SBO sa môže „vyliečiť“, ak nervove vyrovnanému pacientovi vysvetlíme príčinu obtiaží. U nemocných s prevládajúcou psychickou zložkou treba uvážiť, nakoľko je účelné vysvetliť podstatu subjektívnych ťažkostí a zameriame sa na celkovú liečbu.

Výkrmné kúry sú výhodné ani nie tak pre zmnoženie tukového púzdra obličky, ako pre stabilizáciu vegetatívnych funkcií.

Brušný pás a korzety majú relatívnu hodnotu. Pacientom sú často na obťaž, a preto ich neradi nosia. Ich význam pri fixácii obličky je sporný a len podporujú ďalšie ochabnutie brušných stien.

U nekomplikovaného SBO odporúčame radikálnu liečbu len vtedy, ak sme sa presvedčili, že jedine BO podmieňuje obtiaže. Musíme si však uvedomiť, že u vegetatívne labilných osôb ani fixáciou nemusíme dosiahnuť trvalý liečebný úspech. Podľa Witzgalla je to len momentálne riešenie a neznamená trvalý uspokojivý výsledok, ak súčasne nedošlo k úprave celej životosprávy.

Radikálny zákrok odporúčame, keď sa pridružili komplikácie, ako je:

1. tlak na žalúdok a dvanástorník s následnou prekážkou odtoku, intermitentný ikterus, tumor sleziny,

2. spočiatku prechodný, pozdejšie fixovaný zvýšený TK z priškrtienia cievnej stopky obličky na princípe Goldblattovej svorky. Witzgall tvrdí, že takéto prípady sú popísané, kým Heim a von Salis (2) považujú tento mechanizmus za nepravdepodobný,

3. hydronefróza je indikáciou k operácii len v tom prípade, ak je následkom chronickej infekcie, alebo mechanickej retencie moča pri proximálnom ohnutí uretera,

4. infikovaná BO, pretože antibiotickou liečbou docielime len prechodný úspech. Operáciou sa má zabrániť vzniku chronickej pyelonefritídy.

Hoci uvádzame indikácie operatívnej liečby, opakovane prizvukujeme veľkú rozvahu. K takému postoju nás nabáda aj práca Braascha a spolupracovníkov z Mayo kliniky (1), kde behom 10 rokov vyšetrili 1 000 000 pacientov, z ktorých 400 000 bolo operovaných a z toho len 21 nefropexií. Hoci mnohí chirurgovia uvádzajú štatistiky pre nich priaznivé, Braasch a spolupracovníci mali len u 3 pacientov veľmi dobré zlepšenie, u 8 čiastočné a u 10 nedošlo k zlepšeniu.

Vlastné pozorovanie

Prekontrolovali sme chorobopisy osôb liečených na našom oddelení za posledných 5 rokov, u ktorých sme zistili BO.

Z 8841 osôb hospitalizovaných za uvedenú dobu sme diagnostikovali BO u 70 pacientov vo veku 20 — 70 rokov. Ako vo všetkých štatistikách o tomto probléme, prevládajú aj v našom súbore ženy. Tak isto prevláda pokles pravej obličky, zriedkavý je bilaterálny a iba raz sme našli pokleslú ľavú obličku, kde sa nám nepodarilo zistiť organické zmeny v tejto krajine. (Tab. 1).

Nenašli sme však vo väčšine prípadov astenický habitus, ba naopak sme zistili syndróm blúdivej obličky aj u príslušníka výsadkového vojska. Taktiež nemôžeme považovať za etiologický faktor viaceré pôrody.

V zostave našich 70 nemocných figuruje aj 6 vojenských osôb, z toho 4 základnej služby, čo nás taktiež nabáda k opatrnosti pri hodnotení obtiaží i u mladších fyzicky zdatných osôb.

Na BO sa v praxi myslí veľmi zriedka. Ako vidieť z našej tabuľky, prichádzajú pacienti s rôznymi diagnózami, väčšinou gastrointestinálnymi

Tabulka č. 1. Pokleslá oblička

	Počet	Pokles obličky			Astenický habitus
		P	L	OBE	
Muži	17	16	—	1	4
Ženy	53	37	1	15	26
Spolu	70	53	1	16	30

Tab. č. 2. Odoslaní s diagnózou

UROLOG.	GIT	ŽLČ	INÉ	BEZ	SPOLU
4	21	13	19	13	70

Tabulka č. 3. Syndróm blúdivej obličky

Pokles obličky			Príznaky			SPOLU
P	L	OBE	Urol.	Visc.	Psych.	
33	1	10	5	33	6	44

Tabulka č. 4

	Počet	Pribrali na váhe	Nervove kľudnejší
Zlepšení	19	19	19
Nezmenení	13	9	1
Zhoršení	4	—	—
Spolu	36	21	20

mi. S diagnózou BO boli odoslaní len 2 vojenský zistenci na opakované vyšetrenie. (Tab. 2).

Po kompletnom vyšetrení zistili sme u 26 nemocných iné organické onemocnenie, najčastejšie na zažívacom trakte, preto týchto vylučujeme z ďalšieho rozboru. Zostávajúcich 44 nemocných splňovalo kritéria SBO. (Tab. 3).

Rozborom anamnézy pacientov so SBO pozorujeme, že najviac sa vyskytujú viscerálne obťaženia, čo vysvetľuje aj dôvod, prečo sú pacienti najčastejšie odoslaní na interné vyšetrenie. Preto u nemocných udávajúcich zažívacie obťaženia je žiaduce myslieť na ich príčinu v BO.

Pri podozrení na BO sme sa opierali predovšetkým o fyzikálny nálež. V 47 prípadoch sme BO hmatali a v ostatných prípadoch sme síce nenašli záznam o palpačnom náleze, ale ani iný dôvod pre pyelografiu, z čoho usudzujeme, že sme toto vyšetrenie indikovali cielene. TK bol zvýšený väčšinou u starších osôb, kde prichádzajú do úvahy aj iné faktory (celkom 12krát, len raz možno dať zvýšený TK do súvisu so SBO).

Pri liečebnom postupe sme sa riadili organickým nálezom a rozsahom subjektívnych obťažien. V súhlase s citovanými autormi, operatívny zárok sme indikovali len u dvoch komplikovaných prípadov a u ostatných sme odporúčali konzervatívnu liečbu.

Na základe dotazníkovej akcie zo 44 pacientov so SBO nám odpovedalo 36. Ako vidieť z tabuľky č. 4, konzervatívnou liečbou došlo k zlepšeniu u 19, nezmenený stav ostáva u 13 a zhoršil sa u 4 nemocných. Všetci zlepšení udávajú, že pribrali na váhe a cítia sa kľudnejší. Tieto výsledky nám dovoľujú potvrdiť názor Witzgalla, že subjektívne zlepšenie je odrazom ukludnenia nervovej sústavy a s tým je spojené zvýšenie telesnej váhy.

Záver

1. Blúdivá oblička je najčastejšia u žien, avšak astenický habitus nie je podmienkou. Môže sa vyskytnúť aj u mužov muskulárneho typu.

2. Samotná zmenená topika obličky nie je chorobou, ale stáva sa ňou vtedy, ak je organizmus schopný reagovať subjektívnymi obťažiami, a potom hovoríme o syndróme blúdivej obličky.

3. Subjektívne obťaženia pri syndróme blúdivej obličky sú rôznorodé a prevažujú príznaky zo strany gastrointestinálneho traktu.

4. Stupeň poklesu obličky nejde paralelne so subjektívnymi obťažiami.

5. Pri náleze blúdivej obličky vždy treba vylúčiť, alebo liečiť iné organické onemocnenie v brušnej dutine a až potom považovať blúdivú obličku za príčinu subjektívnych obťažien.

6. Liečba syndrómu blúdivej obličky má byť v zásade konzervatívna s prvotným zameraním na úpravu vegetatívnych funkcií. Radikálny zákrok u nekomplikovaných stavov odporúčame len po dôkladnom zvážení.

Písomníctvo

1. Braasch, W. F. et al.: J. Amer. Med. Ass 138, 399, 1948.
2. Heim, U. — von Salis, S.: Schw. med. Wschr. 86, 118, 1956;
3. Lutzeyer, W.: Chirurg, 28, 168, 1957;
4. Mc Clellan, R. E.: J. Urology 75, 198, 1956;
5. Minder: Lehrbuch der Urologie, H. Huber, Bern u. Stuttgart 1953;
6. Rauber — Kopsch von dr. Kopsch Fr.: Lehrbuch und Atlas der Anatomie des Menschen, G. Thieme, Leipzig 1950;
7. Stanek, I.: Embryológia človeka, SAVU, Bratislava 1952;
8. Surraco, L. A.: Le rein descendu, Librairie Malvine, Paris 1956;
9. Witzgall, H.: Med. Klinik 52 (II), 1693, 1957.