

Wykonywane u ciężarnej badania obrazowe (najczęściej USG, czasem badanie rezonansu magnetycznego) ujawniają u **1 – 2 % płodów** poszerzenie dróg odprowadzających mocz z nerki. Gdy dotyczy ono kielichów i miedniczki jednej lub obu nerek nazywane jest **wodonerczem**

. Może mu towarzyszyć poszerzenie moczowodów, pęcherza moczowego i cewki moczowej. Wodonercze może być spowodowane

strukturalną przeszkodą

utrudniającą przemieszczanie się porcji moczu wydzielanego przez nerki,

nieefektywnymi ruchami perystaltycznymi

w atonicznym odcinku dróg moczowych jak i niefizjologicznym

cofaniem się moczu

z pęcherza do moczowodu i miedniczki nerkowej. Może być zwiastunem istotnej wady układu moczowego, która będzie nasilać się po urodzeniu albo może też spontanicznie ustąpić przed lub po porodzie. Należy pamiętać, że poszerzenie układu kielichowo – miedniczkowego nerki może być spowodowane przeszkodą na każdym poziomie również w obrębie cewki moczowej. Następstwem wodonercza może być uszkodzenie miąższu i zaburzenie funkcji nerki.

Prawdopodobieństwo tych zmian jest większe gdy masywne wodonercze pojawia się we wczesnym okresie ciąży. W starannie wybranych przypadkach doprowadzających do zmniejszenia objętości wód płodowych, istnieją wskazania do

interwencji prenatalnej

umożliwiającej prawidłowy rozwój płuc płodu.

W 3 – 5 dobie po urodzeniu u dzieci z widocznym prenatalnie wodonerczem wykonywane jest badanie **usg**, a u chłopców często również **cystouretrografia mikcyjna**, umożliwiającą zdiagnozowanie przeszkody w cewce moczowej. Dalsze postępowanie uzależnione jest od tego czy wodonercze jest izolowaną wadą spowodowaną przeszkodą w połączeniu miedniczki z moczowodem, czy też towarzyszy innym nieprawidłowościom - odpływowi pęcherzowo moczowodowemu, zdwojeniu moczowodu, zastawkom cewki, wadom odbytu i odbytnicy itp.

Okolo 4 – 6 tygodnia życia zwykle wykonywana jest

dynamiczna renoscyntygrafia diuretyczna

Najczęściej wrodzone wodonercze operowane jest z powodu niewydolnego transportu moczu przez połączenie miedniczkowo – moczowodowe. Nigdy nie występuje całkowite zatrzymanie jego przepływu, zawsze światło moczowodu jest w jakimś stopniu drożne. Zaburzenie to jest zjawiskiem dynamicznym. Odcinek ten może aktywnie przemieszczać małą objętość moczu do pęcherza z panującym w nim niskim ciśnieniem, ale może nie być w stanie skutecznie dopasować się do zwiększonego obciążenia (większa ilość moczu i wyższe ciśnienie w pęcherzu). Mogą występować przypadki poprawy i trudnego do przewidzenia pogorszenia. Należy zdecydować u których pacjentów ograniczenie przepływu może prowadzić do

Wrodzone wodonercze (poszerzenie górnych dróg moczowych)

Wpisany przez Dariusz Olejniczak
środa, 09 października 2013 21:34

stopniowego **uszkodzenia funkcji nerki** i konieczne jest leczenie chirurgiczne, a których można bezpiecznie obserwować. W przypadku wrodzonego wodonercza najistotniejszego problemu nie stanowią techniczne trudności operacji małych pacjentów, ale ustalenie którzy z nich odniosą korzyści z leczenia chirurgicznego.

Ustalając **wskazania** u dzieci do operacji wrodzonego wodonercza spowodowanego przeszkodą na granicy miedniczki i moczowodu należy u każdego pacjenta wziąć pod uwagę pomiary rozdzielczej funkcji nerek, objętość miąższu nerkowego, szerokości miedniczki i kielichów nerkowych oraz indywidualnie ocenić patofizjologię całych dróg moczowych