



## МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИГАНТСКОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Ш.С. Ганиев, З.Н. Набиев, Р.А. Рахматова, А.Ш. Шаханов

Научно-Клинический Центр Педиатрии и Детской хирургии Республики Таджикистан

*В статье изложены результаты хирургического лечения 60 больных детей в возрасте от 1 мес. до 14 лет с врожденным гигантским гидронефрозом. Выполнены гистологические и морфологические исследования измененных тканей. Сделан вывод в пользу применения резекционных методик органосохраняющего операционного лечения детей при врожденном гигантском гидронефрозе.*

*Ключевые слова: Гистологические изменения, морфологические аспекты, сужение лоханочно-мочеточникового сегмента, врожденный гигантский гидронефроз, неопиелоуретероанастомоз.*

## MORPHOLOGICAL REASON OF AFTER OF SURGICAL TREATMENT IN CHILDREN WITH CONGENITAL HUGE HANT HIRONEPHROSIS

Sh.S. Ganiev, Z.N. Nabiev, R.A. Rahmavtova, A.Sh. Shahanov

Republican scientific clinical center of pediatrics and children's surgery, Tadjikistan

*On the basis of received results of treatment 60 patients according to histological and morphological changes, the tactics selected by us is an optimal in case of congenital giant hidronephrosis in children.*

Вопрос о выборе оптимальных сроков реконструктивно-восстановительной операции при лечении врожденного гигантского гидронефроза (ВГГ) у детей до сих пор остается дискуссионным [1,2]. ВГГ приводит у ряда детей к развитию уролитиаза, артериальной гипертензии, хронической почечной недостаточности, но особенно частым и ранним осложнением является обструктивный пиелонефрит, который значительно отягощает течение, ухудшает прогноз основной патологии и создает дополнительные трудности в лечении этих больных [3,4,5].

**Цель исследования.** Изучить морфологические и гистологические изменения в ЛМС после реконструктивно-восстановительной операции при ВГГ у детей.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ результатов лечения 60 больных в возрасте от 1мес. до 14 лет с ВГГ, из них 26(43,3%) мальчиков и 34(56,7%) девочек. Правосторонний гидронефроз был у 20(33,3%), левосторонний – у 28(46,7%), двусторонний – у 12(20%) детей. Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование детей с ВГГ. Изучены причины формирования гидронефротической трансформации ЛМС, интраоперационно макроскопически и гистологическим исследованием, а также выполнены патогистологические исследования тканей резецированных в ходе реконструктивной операции ЛМС. В случаях нефроуретерэктомии проведены патологоанатомические и гистологические исследования удаленных почек.

**Результаты и их обсуждение.** Всего у 60 больных выполнены 72 операции, из них нефроуретерэктомий у 20 (27,8%) и реконструктивных операций с резекцией и

наложением неопиелоуретероанастомоза по Андерсену-Хайнесу.

По нашим данным, макроскопической причиной развития гидронефротической трансформации у 68,3% больных явился стеноз ЛМС, у 8,3% – наличие эмбриональных спаек, сдавливающих ЛМС мочеточника, у 13,3% – сдавления мочеточника абберантным сосудом, у 3,3% – высокое отхождение мочеточника, клапан ЛМС у 6,7%.

Гистологические изменения ЛМС у большинства больных 38 (63,3%) характеризовались различной выраженностью процессов фиброзной дисплазии ткани мочеточника, ее метаплазией в другие виды, разной степенью зрелости волокнистой соединительной ткани. Подобные изменения отмечены и некоторыми другими авторами [4]. У 10 (16,7%) больных определялась метаплазия эпителия мочевого тракта на резецированном участке в однослойный и его атрофия в виде уплощения и десквамации эквиваленты хронического воспалительного процесса – лимфогистиоцитарные инфильтраты. Гистологические изменения ткани удаленных почек (нефункционирующие почки) характеризовались крайней степенью выраженности дегенеративных фибро-диспластических изменений в корковом веществе и атрофией мозгового вещества почки вплоть до полной его гибели.

Полученные нами морфологические данные изменения лоханочно-мочеточникового сегмента могут быть сведены к различной степени выраженности фиброзной дисплазии лоханочно-мочеточникового сегмента и признакам воспалительного процесса. Гистологические изменения соединительной ткани свидетельствуют в пользу применения резекционных методик радикального органосохраняющего оперативного лечения при ВГГ у детей.

### Литература:

1. Карпенко В.С., Хрипта Ф.П., Романенко А.М. и соавт. Гидронефроз. Киев: Здоровье, 1991; 239 с.
2. Галкин В.Н., Разин М.П., Сухих Н.К., Саламайкин Н.И. Лечение гидронефротической трансформации у детей. В кн.: Материалы Всероссийского симпозиума детских хирургов-урологов «Обструктивные уропатии у детей». Казань, 1998; с.8-9.
3. Пугачев А.Г., Кудрявцев Ю.В., Ларионов И.Н., Чумаков А.М. Выбор вида операций при гидронефрозе у детей. Урология и нефрология, 1996; 3: 3-5.
4. Иллэк Я.Ю., Разин М.П., Галкин В.Н., Сизова О.Г., Зайцева Г.А. Иммунологическая реактивность при врожденной гидронефротической трансформации, осложненной обструктивным пиелонефритом. Вятский медицинский вестник 1999; 4: 17-21.
5. Salinas-Madrigal L. Dialogues Pediatr Urol 1990; 13(6): 2-3.