

больных группы получавших ИКЛТ умерли 2 (5,5%) больных, у 3 (8,3%) отмечалось метастазирование заболевания в различные сроки наблюдения и у 4 (11,1%) больных отмечалось местный рецидив заболевания. Из 30 больных, не получавших неоадьювантные методы лечения, судьбу 6 (20%) больных проследить не удалось. Из оставшихся 24 (80%) больных в течении трех лет погибли от прогрессирования заболевания 7 (23,3%) больных, у 9 (30%) больных отмечаются развитие отдаленных метастазов, у 3 (10%) больных местный рецидив опухоли с вовлечением соседние органы и ткани.

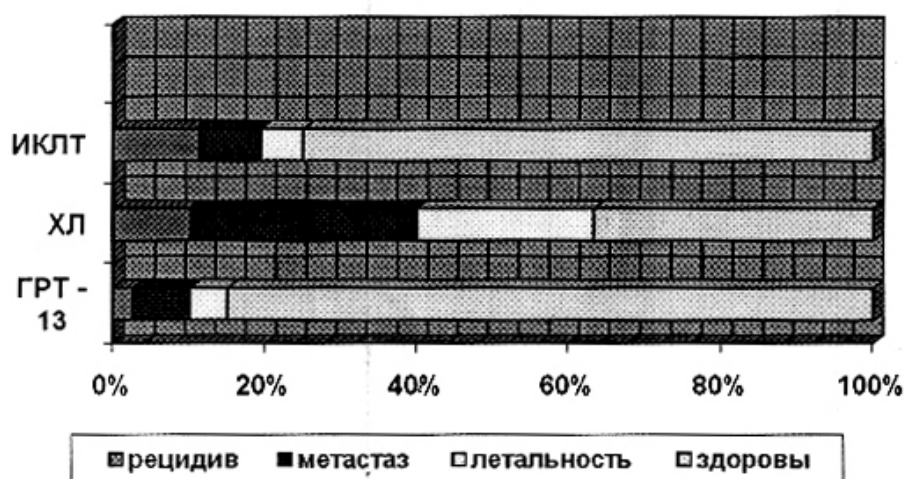


Рисунок 1. Результаты лечения в зависимости от методов предоперационной лучевой терапии

Таким образом, в основной группе в течение трех лет отмечалось ухудшение течения заболевания у 15% больных, в группе ИКЛТ 25% и в группе больных которым предоперационном периоде не проводилась специальное лечение 63,3% больных.

Выводы:

1. Предоперационная лучевая терапия РД 13 Гр на фоне общей газовой гипоксии при правильном планировании и проведении является безопасным методом лечения.
2. Предоперационная ГРТ 13 уменьшает лучевые реакции, улучшает ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Использованная литература:

1. Меерсон Ф.З. Твердохлиб В.П., Боров В.М. Адаптация к периодической гипоксии в терапии и профилактике. //Наука.-Москва, - 1989,
2. Наврузов С.Н., Абдужаббаров СБ., Хакимов А.М. Десятилетний опыт лечения рака прямой кишки // Респуб. об. хир., апрель, 1999 (Рукописи.).
3. Ярмоненко СП., Вайнсон А.А., Магдон Э. Кислородный эффект и лучевая терапия опухолей. // Мед.радиол.-1973.-№6.-с.71-82.

Юлдашев А.Ю.,
Алиев М.М.,
Оллабергенов О.Т.,
Сапаев О.К.,
Теребаев Б.А.,
Рахматуллаев А.А.

**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ
ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ**
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкентская медицинская академия

Неослабевающий интерес детских урологов к проблеме врожденной обструкции пиелoureтерального сегмента обусловлен высокой частотой заболевания, сложным механизмом его патогенеза, тяжелыми вторичными изменениями со стороны верхних мочевых путей, приводящих к развитию гидронефроза, обструктивного пиелонефрита и гибели почки [1, 4]. Успех реконст-

руктивных операций на лоханно-мочеточниковом сегменте во многом определяется выраженностью морфо-функциональных нарушений в момент проведения операции как со стороны почек, так и со стороны собирательной системы почки и мочеточника [2, 3].

Хирургическая тактика у детей, страдающих врожденным гидронефрозом, может реализовываться различными вариантами оперативного лечения. Выбор метода операции определяется по результатам рентгенологической и сонографической оценки нарушения проходимости ПУС и прилоханочного сегмента мочеточника, зависящих от морфофункционального состояния их. Однако, в большинстве случаев интраоперационное определение морфологического состояния мышечной оболочки лоханки и мочеточника либо невозможно, либо весьма затруднительно [1, 2]. В связи с этим возникает реальная необходимость в поиске критериев, позволяющих с достаточной степенью достоверности определить варианты нарушения морфологического состояния мышечной оболочки мочеточника и выбрать наиболее адекватный способ их коррекции.

Материал и методы. При проведении морфологических исследований обращали внимания на следующие моменты:

Макроскопические и микроскопические параллели суправезикальной обструкции.

Адекватность морфологических изменений из зоны обструкции и супрастенотических зон стадиям нарушения уродинамики.

Для решения вышеуказанных вопросов, в 34 наблюдениях проанализированы изменения микроструктуры мышечного слоя стенки на полутонких срезах, взятые непосредственно из зоны обструкции и супрастенотически измененных участков.

Для подготовки полутонких срезов, ткань, взятая из разных участков лоханки и мочеточника в объеме 1 мм³, фиксирована на 2,5% глутаральдегиде, 1% осмиевой кислоте. После обезвреживания спиртом, залита раствором оральдита. Подготовленные полутонкие срезы толщиной 1-2 мк окрашены фуксин-метиленовым синим и осмотрены под микроскопом МБИ-15.

Результаты и обсуждение. Основные морфологические изменения, характерные для врожденной обструкции обнаружены в подслизистом и мышечном слоях стенки лоханки и мочеточника. Особых изменений в слизистой и серозной оболочках этих органов не обнаружены. Свойственные всем формам обструкции и стадиям нарушения уродинамики оказалось следствие застоя мочи – воспалительная лимфоидно-клеточная инфильтрация подслизистого и мышечного слоев, склерозирование подслизистого слоя, утолщения эластических волокон и их трансформация в коллагеновые волокна (рис. 1). Лимфоидно-клеточная инфильтрация (в 85% наблюдений) в основном начиналась с окружности кровеносных сосудов, степень распространенности которой соответствовала стадиям нарушения уродинамики и развития пиелонефрита. Развитие указанных явлений при отсутствии клинических проявления пиелонефрита, обозначены нами, как явления асептического пиелита.

Свойственные стадиям нарушения уродинамики и имеющие важное значение изменения обнаружены в мышечном и подслизистом слое прилоханочного отдела мочеточника. Проявились они в поражении гладкомышечных клеток и развитии склероза, от выраженности которых зависела степень обструкции.

При стенозах отмечено выраженное развитие склероза, изменения эластических волокон подслизистого и мышечного слоев в виде утолщения их, фрагментирования и трансформации в коллагеновые волокна. Среди коллагеновых волокон прослеживались уменьшенные в количестве гладкомышечные клетки, измененные в виде гипер- или гипоплазии, с полным нарушением их синцитиальных связей. Изменения затрагивали преимущественно слои продольных мышц.

«Светлые» гладкомышечные клетки (Р-клетки) не обнаружены. Вместе с тем, важным оказался тот факт, что уменьшение количества безмиелиновых нервных окончаний сопровождалось отсутствием их соединения с гладкомышечными клетками. Также отмечено утолщение стенок артериол за счет воспалительной инфильтрации и как следствие уменьшения их просвета (рис.1).

При гипоплазии прилоханочного отдела мочеточника (81,6%) обнаружены преимущественно атрофические изменения в мышечном слое, значительное уменьшение количества мышечных клеток, признаки атрофии и морфофункциональной неполноценности их, также нарушения их синцитиальных связей. Послойной структуры мышечного слоя не отмечалось. Характерными были признаки атрофии эластического каркаса подслизистой и мышечной слоев, их рас-

слоение и беспорядочное расположение. «Светлые» клетки в мышечном слое не определялись (рис. 2).

Важным, на наш взгляд, представляется, резкое уменьшение количества и диаметра кровеносных сосудов и их склерозирование в зоне обструкции, независимо от степени ее сужение (рис. 3).

Это объясняет то, что теории о значении нарушения кровообращения [148] или развития фибротических процессов [127] в генезе обструкции не опровергают, а дополняют друг-друга, или являются стадиями одного процесса.

Также, у этих больных морфологические исследования из различных участков широко резецированной лоханки обнаружили изменения, соответствующие стадиям нарушения уродинамики. При компенсированной стадии из разных участков лоханки выявлены относительно сохранные и гипертрофированные лейомиоциты. Признаки стагнации и склероза хоть и присутствовали, но были выражены меньше. Отмечены нарушения соединения «светлых» клеток с другими гладкомышечными клетками (рис. 4).

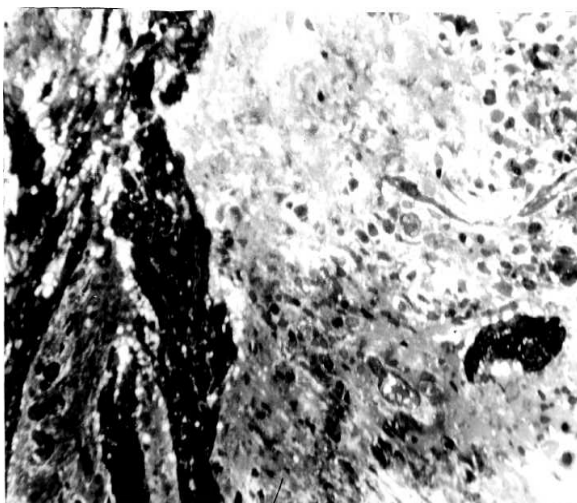


Рис. 1. Б. М. 4 г. и/б №3185. Стеноз ПУС. Ок 10, об. 40.

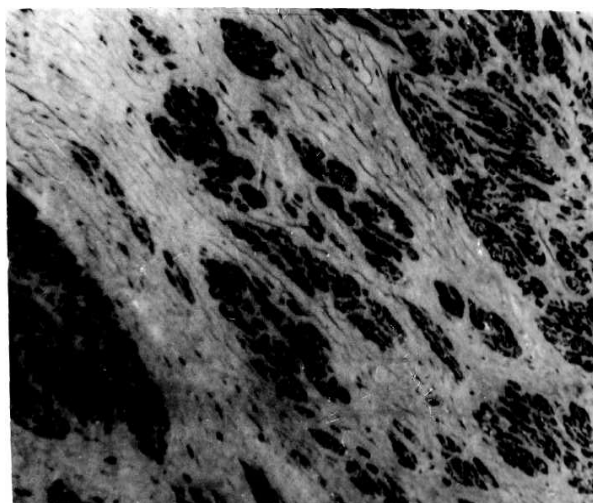


Рис. 2. Б. Г. 9 мес. и/б №3137. Гипоплазия ПУС.. П/т срез. Ок 10, об. 20.

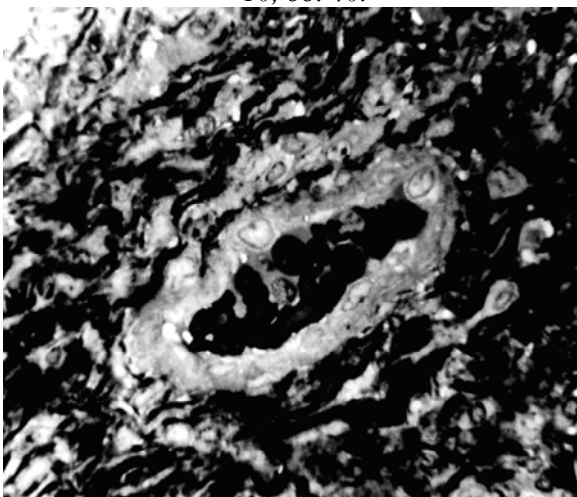


Рис. 3. тот же Б. IIIa стадия ХНУ. Гипоплазия ПУС. П/т срез. Ок 10, об. 120. (Объяснение в тексте)



Рис. 4. Б. Р. 14л. и/б №3007. II стадия ХНУ. Разрез из стенки лоханки. П/т срез. Ок 10, об. 40. (Объяснение в тексте)

При субкомпенсированной стадии нарушений уродинамики отмечены изменения, характерные для нарушения сократительной способности лоханки, в виде, грубых склеротических и диспластических нарушений в эластическом каркасе, уменьшение количества лейомиоцитов, превалировали гипертрофированные и «юные» - незрелые гладкомышечные клетки (рис. 5).

Для декомпенсированной стадии нарушений уродинамики были характерны грубые склеротические и диспластические изменения в эластическом каркасе, в виде грубых нарушений их архитектоники и разрастания фибротической ткани. Признаки атрофии и фибротической трансформации сочетались с уменьшением количества лейомиоцитов. Также отмечены склеротические изменения в интрамуральных сосудах стенки лоханки, уменьшения их просвета, с выраженной лимфоцитарной инфильтрацией вокруг них (рис.6).

С приближением к лохано-мочеточниковому сегменту морфологическая картина подслизистого и мышечного слоев лоханки становилась менее дифференцированной и отличия характерные для стадий нарушений уродинамики нивелировались (рис. 7).

При клапане и фиброзном блоке пиелоуретерального сегмента в разрезах, полученных непосредственно из зоны обструкции обнаружена морфологическая картина нормальной стенки мочеточника: тонкое построение эластических волокон подслизистого и мышечного слоев, а также послойное строение внутреннего – продольного и наружного – циркулярного слоев прилоханочного сегмента мочеточника были сохранены. Различали типичные 2 типа гладкомышечных клеток: среди обычных гладкомышечных клеток, ответственных за сокращение мышечного слоя, дифференцировались «светлые» гладкомышечные клетки (или Р-клетки) и их сохраняющая синцитиальная связь с обычными гладкомышечными клетками (рис. 8).

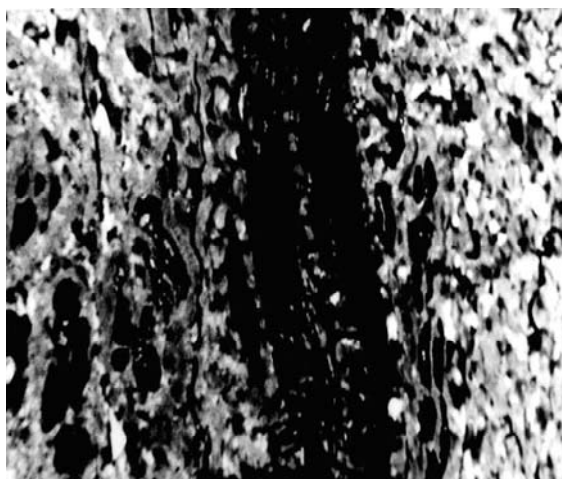


Рис. 5. Б. А. 7 л. и/б №2125. IIIa ст. ХНУ. Разрез из стенки лоханки. П/т срез. Ок 10, об. 40.



Рис. 6. Б. Д. 9 л. и/б №748. IIIb ст. ХНУ. Разрез из стенки лоханки. П/т срез. Ок 10, об. 40.

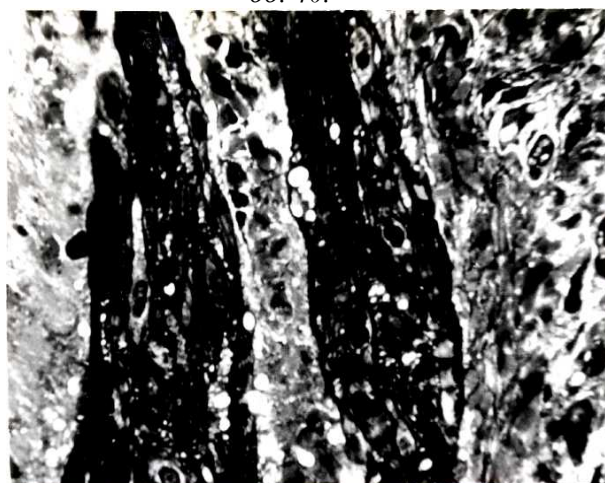


Рис. 7. Тот же Б. Разрез из стенки лоханки из непосредственной близости к паренхиме почки. П/т срез. Ок. 10, об. 40.



Рис. 8. Н. 5 л. и/б №3002. Разрез из стенки мочеточника из непосредственно из под клапана ПУС. П/т срез. Ок.10, об. 40.

При стенозирующей обструкции или сегментарной гипоплазии пиелоуретерального сегмента в микроструктуре стенки лоханочного отдела мочеточника фибротические и атрофические процессы отмечались в меньшей выраженности и по мере удаления от зоны обструкции эти изменения нивелировались, а микроструктура мышечного слоя постепенно нормализовалась в местах, где сформируется начало цистоидного конуса мочеточника (рис. 9, 10).

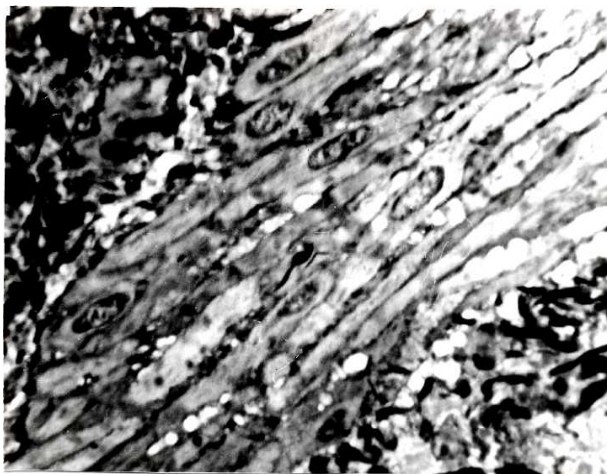


Рис. 9. Н. 7 л. и/б №2125. Гипоплазия ПУС. Разрез из стенки мочеточника из непосредственно под зоны обструкции. П/т срез. Ок 10, об. 60.

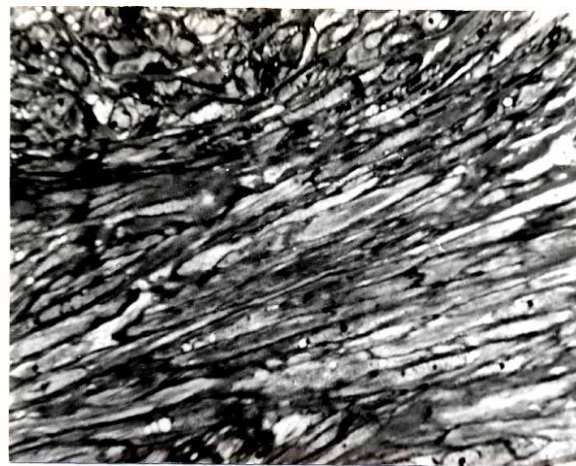


Рис. 10. Тот же Б. Гипоплазия ПУС. Разрез из стенки мочеточника в месте начала цистоидного конуса мочеточника. П/т срез. Ок 10, об. 40.

Заключение.

Таким образом, результаты морфологических исследований однозначно свидетельствовали о глубинноструктурных нарушениях, лежащих в основе врожденной обструкции пиелоуретерального сегмента. Фибротическая трансформация лейомиоцитов, уменьшение их количества и глубокие склеротические изменения, происходящие в стенке мочеточника, свидетельствовали о функциональной неполноценности этого сегмента. Иными словами, морфофункциональной сущностью врожденной обструкции пиелоуретерального сегмента явились врожденные структурные изменения мышечного слоя мочеточника, что требовало выполнения однотипных реконструктивно-пластических операций – резекция порочно сформированного отдела мочеточника максимально в пределах «здоровых» участков с заменой его полноценным в морфофункциональном отношении сегментом.

Литература.

1. Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Ибрагимов К.Н., Ганиев Ш.А. Морфологическая картина лоханочно мочеточникового сегмента у детей с гидронефрозом // V Российский конгресс. Современные технологии в педиатрии и детской хирургии. - Москва, 2006. - С. 505.
2. Постолов Ю. М. Морфофункциональные особенности и компенсаторные возможности почек при обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента// Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. К. - 1992. С. 27
3. Kaneto H., Orikasa S., Chiba T., Takahashi T. Tree-D muscular arrangement at the ureteropelvic junction and its changes in congenital hydronephrosis: a stereo-morphometric study// J. Urol.- 1991. - Vol.146, №3 - P. 909-914
4. Lee B.R., Partin A.W., Epstein J.I. et al. A quantitative histological analysis of the dilated ureter of childhood // J.Urol.-1992.-Vol. 148.-P. 1482.-1486

Резюме

Морфологик текширув - сийдик най девори мушак каватидаги чукур ўзгаришларни ва касаллик босқичи билан боғлиқлик борлигини аниқлаш максатида 34 кузатувда олиб борилди, сийдик найи стеноз ва супрастенотик сохаларидан ярим юпка кесимлар таёрланди. Морфологик текширишлар натижасида сийдик найи туғма суправезикал обструкциясининг асосида чукур тузилма ўзгаришлар ётиши аниқланди. Сийдик найи деворидаги лейомиоцитларнинг фибротик трансформацияси, уларнинг микдор жихатдан камайиши ва чукур склеротик ўзгаришлар, бу сегментдаги функционал нотўлиқликдан далолат беради. Бошқача айтганда, суправезикал обструкциянинг морфофункционал моҳиятида, сийдик найи мушак

каватида туғма тузилма ўзгаришлар ётади, шу сабабли бир хил типдаги реконструктив-пластик операция бажариш лозимлигини англатади, яъни сийдик найининг дистал кисмидаги морфологик ўзгарган соҳани максимал резекция қилиш лозимлигини кўрсатади.

Summary

Morphological researches are lead to 34 supervision for deeper studying a microstructure of a muscular layer of a wall ureter and its comparisons to stages of disease, prepared полутонкие cuts from a muscular layer моче-точника from a zone of obstruction and various supra stenosis the changed sites. Results of morphological researches unequivocally testified about structures the infringements underlying congenital supravescical obstruction ureter's. Fibrosis transformation leiomyocytes, reduction of their quantity and the deep sclerous changes occurring in a wall ureter, testified to functional inferiority of this segment. Differently, morphofunctional essence supravescical obstructions were congenital structural changes of a muscular layer ureter, that demanded performance of the same reconstructive-plastic operations - a resection is vicious the generated department ureter as much as possible within the limits of "healthy" sites with its replacement high-grade in morphofunctional the attitude a segment.

Алиев М.М.,
Нарбаев Т.Т.,
Юлдашев А.Ю.,
Гришаев В.В.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ Ташкентский педиатрический медицинский институт

Аноректальные мальформации составляют одну из наиболее многочисленных групп проктологических заболеваний детского возраста, с частотой встречаемости от 1:500 до 1:5000 живорожденных независимо от пола (Churchill B. et al., 1978; Ленюшкин А.И. 1990). Лечение этих пороков, при относительной несложности хирургической техники сопровождается довольно высокой частотой осложнений. Осложнения как раннего, так и различных сроков отдаленного послеоперационного периодов определяют необходимость проведения повторных операций на толстой кишке, промежности и прилегающих органах (Чепурной Г.И. и Орловский В.В. 2001).

Гистоструктуру порочно развитого конечного отдела толстой кишки изучали многие авторы, однако данные этих исследований разноречивы (Щитинин В.Е. и соавт. 2001, D.Kirks et al. 1984). Также мы не встретили работ, в которых была бы изучена гистоструктура кожи промежности при аноректальных аномалиях. В частности, по-разному трактуют морфологическую картину при соустьях атрезированной кишки с соседними органами, имеются разногласия о распространенности морфологических изменений в атрезированной кишке (Ленюшкин А.И. 1990., G.Curtarino 1991). Между тем эти вопросы имеют практическое значение, ибо только с учетом патоморфологической картины можно строить рациональную схему хирургической коррекции, оценивать результаты лечения, определять прогноз.

Цель исследования. Изучение особенностей морфологической структуры дистальных отделов атрезированной стенки прямой кишки и свищевого отверстия при аноректальной мальформации у детей.

Материал и методы. Проанализирована морфологическая картина дистальных участков прямой кишки и кожи промежности у 37 детей оперированных по поводу аноректальной мальформации.

Проведены изучение особенностей строения стенки прямой кишки и кожи промежности при разных аноректальных аномалиях. Срезы для гистологического исследования брали на различном уровне от слепого конца кишки, в месте перехода кишки в свищ и из стенки свища.

Результаты и обсуждение.

У 11 пациентов с атрезией анального отверстия и прямой кишки морфологически стенка слепого отрезка прямой кишки в целом идентична по строению стенке толстой кишки, однако мышечные слои не разделены на циркулярный и продольный, а представляют собой хаотически расположенные мышечные волокна. В ряде случаев продольный и циркулярный мышечные слои представлены отдельными мышечными волокнами или небольшими их группами, которые не составляют целостных мышечных пластов. Интрамуральные нервные узлы не обнаруживаются, а видны только отдельные тонкие волокна. Указанные изменения наиболее отчетливы в самом конце слепого кармана. В то же время их выраженность пропорциональна степени атрезии, то есть величине отсутствующего сегмента кишки: при атрезии только анального ка-