

6. Сергиенко В.И., Петросян Э.А., Оноприев В.И. и др. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшинного пространства и таза // Вестн. Интенсив. Тер.-1999.-№5.-С. 109-112.
7. Neoptolemos J.P., Kemppainen E.A., Mayer J.M. et al. Early prediction of severity in acute pancreatitis by urinary trypsinogen peptide: a multicentre study // *Lancet.* – 2000. – Vol. 355, N 9219/P. 1955-1960.

### МЕТОД ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВНОГО ПЕРЕБІГУ ГІДРОНЕФРОЗУ

*Лісовий В.М., Савенков В.І., Сорокіна І.В., Мирошниченко М.С.*

Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка»

Харківського національного медичного університету, м.Харків

КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології та нефрології імені В.І. Шаповала», м.Харків

Незалежно від хірургічної тактики лікування хворих на гідронефроз, що зумовлений стриктурою мисково-сечовідного сегменту (МСС), відсоток рецидивів становить від 18 % до 25 % і кожна наступна операція проводиться у більш складних умовах та не гарантує його відсутності. Це обумовлює актуальність розробки методу прогнозування рецидивного перебігу гідронефрозу.

**Мета роботи** – підвищення ефективності діагностики гідронефрозу шляхом розробки методу прогнозування перебігу захворювання на підставі застосування морфологічних маркерів ризику розвитку рецидивів з урахуванням етіопатогенетичного механізму обструкції.

**Матеріали і методи дослідження.** Досліджувалося:

I група (n = 10) – група порівняння (секційний матеріал, що був одержаний через 5-6 годин після смерті пацієнтів без ниркової патології);

II група (n = 20) – матеріал від хворих на гідронефроз на фоні аномалій розвитку сечовидільної системи (СВС), у яких після оперативного втручання не було рецидиву стриктури МСС протягом 4,5 років (первинний перебіг);

III група (n = 21) – матеріал від хворих з гідронефрозом на фоні вроджених вад СВС і рецидивним перебігом;

IV група (n = 20) – матеріал від хворих на гідронефроз, що був обумовлений набутими обструкціями МСС та мав первинний перебіг;

V група (n = 19) – матеріал від хворих на гідронефроз, що був обумовлений набутими обструкціями МСС та мав рецидивний перебіг.

Колагени типували моноклональними антитілами до колагенів I, III і IV типів (Novocastra Laboratories Ltd.). Визначали оптичну щільність імуофлуоресценції колагенів. Статистичні дослідження були виконані за допомогою пакету „Statistica 6.0”.

**Результати та їх обговорення.** На підставі аналізу морфологічних показників досліджуваних груп для діагностики генезу розвитку гідронефрозу та прогнозування рецидиву стриктури МСС був розрахований паренхіматозно-стромальний коефіцієнт (ПСК) у нирках, як відношення суми питомих об'ємів клубочків і каналців до суми питомих об'ємів сполучної тканини і судин. При значенні ПСК до 0,7 (включно) передбачають високу імовірність вродженої аномалії СВС та рецидив стриктури; від 0,7 до 0,9 (включно) – високу імовірність вроджених аномалій СВС, але низьку імовірність рецидиву стриктури; від 0,9 до 1,3 (включно) – набутий характер обструкції та високу імовірність рецидиву стриктури; від 1,3 до 1,9 передбачають набутий характер обструкції, але низьку імовірність рецидиву стриктури. При визначенні ПСК у МСС досліджується відношення питомого об'єму м'язової тканини до суми питомих об'ємів сполучної тканини і судин. При значенні ПСК до 0,6 (включно) можна передбачити високу імовірність вродженої аномалії СВС та рецидив стриктури; від 0,6 до 0,8 (включно) – високу імовірність вроджених аномалій СВС, але низьку імовірність рецидиву стриктури; від 0,8 до 1,0 (включно) – набутий характер обструкції та високу імовірність рецидиву стриктури; від 1,0 до 1,6 – набутий характер обструкції, але низьку імовірність рецидиву стриктури.

Аналіз кривих розподілення показника співвідношення оптичної густини імуофлуоресценції колагену I типу до III типу показав, що він в якості коефіцієнта дисбалансу (Кд) може використовуватися як діагностичний. При значенні цього коефіцієнту в нирках та МСС, нижчому за 1,0, можна припустити генетично зумовлені порушення, що призвели до розвитку стриктури МСС, при вищому за 2,0 та 1,4 відповідно – набуті обструкції. Статистично підтверджено, що генетично зумовлені порушення, що характеризуються вадами СВС, передбачають більш тяжкий перебіг гідронефрозу.

**Висновки.** Використання розробленого методу із застосуванням морфологічних маркерів та їх шкал дозволяє після проведеної операції прогнозувати тяжкість перебігу гідронефрозу та імовірність рецидиву стриктури МСС.