

точников); 3 степень - в 58% (97 мочеточников); 4 степень - в 35% (59 мочеточников); 5 степень - в 2% (4 мочеточника).

Эндокоррекция проводилась биодегенерируемым препаратом коллаген детям в возрасте до двух лет (59 мочеточников) и биостабильным препаратом DAM+ детям старше двух лет (110 мочеточников).

Получены следующие результаты:

1.) Коррекция коллагеном без применения внутривезикулярной тракции мочеточника - 31 пациент (45 мочеточников). Эффективность - 52%. Рецидив у 15 пациентов (21 мочеточник).

2.) Коррекция коллагеном с применением внутривезикулярной тракции мочеточника - 8 пациентов (14 мочеточников). Эффективность - 77%. Рецидив у 2 пациентов (4 мочеточника).

3.) Коррекция DAM+ без применения внутривезикулярной тракции мочеточника - 59 пациентов (76 мочеточников). Эффективность - 72%. Рецидив у 17 пациентов (21 мочеточник).

4.) Коррекция DAM+ с применением внутривезикулярной тракции мочеточника - 22 пациента (34 мочеточника). Эффективность - 91%. Рецидив у 2 пациентов (3 мочеточника).

Вывод: Применение внутривезикулярной тракции мочеточника баллонным катетером во время эндокоррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса улучшает результаты лечения, однако сохраняется риск рецидива для 4 - 5 степени рефлюкса из-за выраженной анатомо-функциональной диспропорции уретеро-везикального сегмента.

ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Ж.А. Магомедова, З.Н. Муртузаалиев, С.С. Давудов
Дагестанская государственная медицинская академия,
Махачкала, Российская Федерация

Клиника детской хирургии Дагестанской государственной медицинской академии имеет многолетний опыт лечения мочекаменной болезни (МКБ) у детей Республики Дагестан, которая является одним из эндемических очагов этой патологии. Общеизвестно, что этиологическими факторами уролитиаза являются так называемые экзогенные факторы: химические вещества, содержащиеся в воде и почве, откуда они поступают в организм человека, а также различные удобрения посевных полей, токсические выбросы промышленных предприятий, автотранспорта и т.п. Однако все эти представления носят больше декларативный характер. С другой стороны, также выяснено, что мочекаменная болезнь приводит к развитию стойких изменений в почечной паренхиме и последующему нефросклерозу с исходом в хроническую почечную недостаточность.

В связи с этим последние годы в нашей клинике в рамках программы «Экология горной местности» проводится исследование факторов внешней среды, влияющих на развитие МКБ: жесткость питьевой воды, содержание соединений магния, кремния и фтора, характер питания, климатические факторы и др. Проводимые исследования свидетельствуют о существенных различиях в климате - географических зонах Дагестана: горы, предгорье и низменность.

Параллельно с этим проведены морфологические исследования интраоперационных биоптатов почечной ткани, взятых при удалении камней почек у 100 детей в возрасте 3 - 15 лет (63 мальчика и 37 девочек). Целью исследования была оценка гистоморфологической зрелости почечной ткани и степени выраженности вторичной нефропатии. Фрагменты почечной ткани размерами около 0,5 x 0,3 см фиксировали в нейтральном формалине, а затем окрашивали гематоксилин - эозином по Ван-Гизон и Шик-реакции. Все больные разделены на 3 группы: первая группа - 58 детей с односторонними камнями почек, вторая группа - 28 пациентов с двусторонними камнями, третья группа - 14 больных с рецидивными камнями чашечно-лоханочной системы. Исследования показали, что при одностороннем литиазе типичными были умеренные диффузные кистозные изменения канальцев коркового вещества и атрофия эпителия. При двустороннем литиазе в расширенных канальцах определялись гиалиновые цилиндры, комплексы слущенных клеток, дистрофия и деструкция почечного эпителия. При рецидивировании мочекаменной болезни, помимо указанных изменений, отмечался также сетчатый склероз по всей площади биоптата. Кроме того, у детей с рецидивной мочекаменной болезнью в том или ином сочетании определялись признаки врожденной аномалии почечной ткани.

Общая оценка состояния почечной паренхимы свидетельствовала о том, что практически отсутствовала нормальная почечная гистоструктура. Указанные изменения создают высокий риск повторного камнеобразования и поэтому в послеоперационном периоде требуется длительное и непрерывное медикаментозное лечение с целью литолиза, применение литотрипсии по показаниям, соблюдение диеты, санаторно - курортное лечение и постоянное наблюдение нефролога и уролога.

ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВО-ЛОХАНОЧНОГО РЕФЛЮКСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Е.О. Мейлене
Московский государственный медико-стоматологический университет,
Москва, Российская Федерация

Пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс - одно из наиболее частых заболеваний мочевыводящих путей, встречающихся в детской урологической практике. По данным ряда авторов, является одной из основных причин пиелонефрита, на долю которого приходится 50% пациентов первого года жизни. В настоящее время множество клиник во всем мире занимается решением данной проблемы и, несмотря на серьезные достижения в этой области, ее актуальность сохраняется. Лечение пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса начинают, как правило, с консервативной терапии. В подавляющем большинстве случаев удается получить положительный результат, т.е. устранить рефлюкс за счет стабилизации функции детрузора. Однако, по данным разных авторов, отсутствие эффекта консервативной терапии отмечается у 50-70% пациентов. В этой ситуации возникает вопрос