

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 биостабилизированным препаратом DAM+ детям старше двух лет (110 мочеточников).

Получены следующие результаты:

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

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

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

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

Вывод: Применение внутривульварной 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 гематоксилином - эозином по Ван-Гизону 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

о дальнейшей тактике лечения этих пациентов. В резерве урологов остается два варианта решения проблемы: эндоскопическая коррекция рефлюкса и оперативное лечение.

На сегодняшний день, с целью эндоскопической коррекции рефлюкса, используют различные биологические и синтетические материалы, к которым относят тефлон, ДАМ-плюс, коллаген и т.д. Целью использования данных препаратов являются фиксация мочеточника и предотвращение экстравезикализации мочеточника.

В нашей клинике для устранения пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса применяется методика с использованием аутологичных фибробластов на микроносителях, полученных из собственных клеток кожи пациента. Вмешательство выполняется в ходе цистоскопии под наркозом. Предположительно, исходя из принципов развития недифференцированных стволовых клеток, стволовые клетки имеют тенденцию к ориентации за счет микроокружения. Следовательно, данные клетки могут дифференцироваться в ткани пузырно-мочеточникового соустья, удлиняя подслизистый тоннель. Всего в нашей клинике выполнено 17 оперативных вмешательств: у 10 пациентов - положительный результат, 7 потребовалось оперативное вмешательство.

Таким образом, данная технология является вариантом выбора метода лечения пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса у детей.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ КТ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**А.Г. Петров, А.В. Патюткин, Т.В. Головачева, А.А. Шестаков,
М.А. Голощапов, К.П. Чекалин
Воронежская государственная медицинская академия,
Воронеж, Российская Федерация**

В диагностике урологической патологии у детей нами использован шестисрезовой компьютерный томограф (КТ) Somatom Emotion 6 фирмы Siemens. Минимальный шаг томографа 0,63 мм. Контрастирование мочевыводящих путей производилось ультравистом-300 из расчета 1мл/кг. Опухоль забрюшинного пространства диагностирована у 4 больных детей. У больных компьютерная томография с контрастированием мочевыводящих путей позволила определить не только трехмерное расположение опухоли, но и взаимоотношение с окружающими анатомическими структурами, в том числе и мочевыводящими путями. В первом случае опухоль исходила из задних отделов печени, во втором - из мочевого пузыря, в третьем случае установлена нейрогенная опухоль, в четвертом - нефробластома с неотчетливой рентгенологической картиной. Кистозные заболевания почек диагностированы на КТ у 8 детей, определяли размеры кист, а также наличие их в противоположной почке (поликистоз – у 3 детей), внутриорганный расположение кисты, толщину стенки кисты и наличие дополнительных включений при солитарной кисте почки (5 детей), что позволило определиться с тактикой лечения. При мочекаменной болезни у 3 детей, при обследовании на КТ с контрастированием мочевыводящих путей выявлено наличие «рентгеннегативных» камней и определено состояние почек и мочевыводящих путей выше места обструкции. Нейромышечная дисплазия установлена на КТ у 9 детей и дифференцирована по степени расширения мочевыводящих путей. С помощью КТ выявлена причина дилатации, определена локализация – мочеточники или мочевого пузыря, установлена степень поражения паренхимы почки, определена динамика сокращения мышечного слоя мочевыводящих путей – гипертонический или гипотонический тип.

Таким образом, традиционные методы обследования не дают полной информации об урологической патологии. Использование КТ позволяет улучшить диагностику заболеваний в детской урологии.

ЭНДОВЕЗИКАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ: МЕТОДОЛОГИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ

**А.Е. Пигарева
Уральская государственная медицинская академия,
Екатеринбург, Российская Федерация**

Эндовезикальная коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса (ЭВКР) предложена в 1981 году Е. Matoushek. В основе способа лежит имплантация пластического материала под заднюю стенку подслизистой части мочеточника для создания адекватного клапанного механизма уретеро-везикального сегмента. В урологии детского возраста описано использование гомогенных имплантов (бычий дермальный коллаген, взвесь сополимера в гиалуроновой кислоте (Deflux), водосодержащий биополимер с ионами серебра (ДАМ+) и аутологичных имплантов (аутокровь, культура хондроцитов). В 1987 году Peters C.A. Jeffs R.D. впервые описали применение коллагена для ЭВКР. Эффективность применения коллагена по данным различных авторов составляет от 40-90% положительных результатов через 1 год лечения.

Цель работы: провести анализ результативности эндовезикальной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса коллагеном.

За период с 2004 по 2008 г. в клинике детской хирургии УГМА выполнено 576 коррекций ПМР коллагеном. Нами были оценены отдаленные результаты 195 детей за 5 лет. При анализе результатов учитывали степень, возраст и пол ребенка, сопутствующую патологию, эффективность коррекции. ПМР чаще встречается у девочек (73,3%). Среди возрастных категорий превалирует возраст от 3 до 8 лет (70%). ПМР сопровождается хроническим пиелонефритом (98% детей), хроническим циститом (64% детей), энурезом и нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (38% случаев). Структура ПМР по степени тяжести представлена по убыванию количественной значимости следующим образом: III ст. – 39,4%, II ст. – 31%, III-IV ст. – 12,3%, IV ст. – 10,2%, I ст. – 4,1%, V ст. – 3,0% случаев. Односторонний ПМР выявлен у 67,7% детей, двусторонний – у 32,3%. Однократная ЭВКР коллагеном проведена 65,1% пациентов, эффективность составила 78%. Двукратная имплантация проведена 33 детям (16,9%), эффективность – 71,7%. У детей, которым проведена ЭВКР 3 раза (16,7%), положительные результаты достигнуты в 75%. Небольшую группу составили дети, которым была проведена вынужденная многократная пластика коллагеном.