

являлось исчезновение ПМР. Максимальные сроки наблюдения составили 3 года. В качестве способов хирургического лечения использовали эндоскопическую коррекцию коллагеном. Всем больным выполнили общепринятое клиничко-лабораторные, функциональные методы обследования, микробиологические исследования мочи. Проведены экскреторная урография и цистография, эндоскопические и уродинамические исследования.

Из общего количества детей в возрасте от 4 лет до 14 лет: девочек-30, мальчиков-15. Двусторонняя патология обнаружена у 23 больных, односторонний ПМР 2-3 степени у 22 пациентов. При цистоскопии устья мочеточников в типичном положении точечной формы установлены у 7 больных, у 27 больных они зияли. Стадиообразные устья были выявлены в 6 наблюдениях, подковообразные — у 5 детей. Латерализация устьев мочеточников отмечалась у 2 больных. В процессе выполнения эндоколлагенопластики мы модифицировали классическую методику операции и разработали трансуретральную латеральную методику эндоскопического введения болюса коллагена при пузырно-мочеточниковом рефлюксе 2-3 степени осложненного хроническим пиелонефритом. В качестве имплантируемого материала нами использован 7% коллаген (ООО "МИТ", Россия).

Проведен анализ лечения - 45 больных с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) 2-3 степени в срок более 6 месяцев после коррекции рефлюкса методом эндоколлагенопластики. Количество рецидива ПМР выявлено у 14 человек после однократного введения коллагена. После повторного эндоскопического введения болюса коллагена 14 пациентам, пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) сохранялся у 6 пациентов, а у 8 детей ПМР не выявлен. Для достижения положительных результатов двукратная эндоколлагенопластика потребовалась в 8 случаях. При обследовании детей которым понадобилась 2-кратное введение коллагена, у 2-х пациентов был диагностирован гиперрефлекторный неадаптированный тип мочевого пузыря, еще у 5 больных определялся гиперрефлекторный адаптированный мочевого пузырь, а у одного больного — норморефлекторный с постуральной дезадаптацией мочевого пузыря. Односторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) выявлен у 3 детей, двусторонний ПМР у 5 пациентов. Шести пациентам вводили коллаген 3-хкратно. У детей этой группы отмечалось сочетание дневного неудержания мочи и энуреза. Гиперрефлекторный неадаптированный мочевого пузырь выявлен у 3 детей, у одного ребёнка определялся гиперрефлекторный адаптированный мочевого пузырь, а у 2 больных — гипорефлекторный тип мочевого пузыря. После трёхкратной эндоколлагенопластики у 4 детей ПМР на контрольном обследовании не определялся, у 2 пациентов ПМР сохранялся. У этих двух пациентов на цистоскопии определялась латерализация устьев мочеточников. Процент положительных результатов составил 95,6%. Двум детям в возрасте 10 и 12 лет проведено оперативное лечение, выполнена уретероцистонеостомия по Козну по поводу двустороннего ПМР 2-3 степени.

При микроскопическом исследовании стенки мочеточника в области стриктуры обнаруживаются склеротические изменения с атрофией и замещением мышечных элементов соединительной тканью. Гипертрофированы в основном циркулярные волокна. Отмечаются дисциркуляторные изменения, складывающиеся из полнокровия сосудов собственной пластинки слизистой и подслизистого слоя, диффузных диapedезных кровоизлияний, подслизистый слой представлен рыхлой соединительной тканью с выраженными явлениями отека и диффузной умеренной лимфогистиоцитарной инфильтрацией. В некоторых наблюдениях имеет место мутное набухание цитоплазмы эпителиальных клеток, так же встречается гидрочическая дистрофия переходного эпителия, выстилающего стенку мочеточника, во всех его слоях — кроющем, промежуточном и базальном, местами фрагменты эпителия десквамированы. В отдельных полях зрения границы между эпителиальными слоями стерты. Количество слоев и принадлежность клеток к кроющему, промежуточному или базальному слоям уроэпителия сложно определить. Пучки гладкомышечных клеток замурованы хаотически расположенными соединительнотканными волокнами, дифференцировать какие: продольный — наружный или внутренний, циркулярный мышечные слои вовлечены в патологический процесс не представляется возможным. Замурованные