

**МОРОЗОВ В.И., ТАГИРОВА Г.А., МУСТАФИН И.Г., ЯФЯСОВ Р.Я., ЛЬВОВ А.П.**

616.381-072.1-053.2

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ, ДРКБ МЗ РТ, г. Казань

Лапароскопическая аппендэктомия у детей: иммунологические аспекты

В настоящее время в клинических центрах не осталось дискуссионных вопросов о выборе доступа аппендэктомии. Преимущества и предпочтение лапароскопической методики оценены не только врачами, но и пациентами.

Цель исследования состояла в выявлении и оценке наличия и степени иммунного дисбаланса при различных доступах аппендэктомии у детей.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 детей в возрасте от 3 до 14 лет с неосложненными формами острого аппендицита. Аппендэктомия выполнена через классический доступ у 15 детей, лапароскопически — у 15. Тактика ведения послеоперационного периода соответствовала медико-экономическому стандарту. Забор периферической крови для анализа проводился при поступлении больного (перед операцией), на 1-е и 5-е сутки после операции.

Образцы цельной периферической крови окрашивались по стандартной методике с использованием набора Multitest TBNK 6-color, содержащего моноклональные антитела к CD45, CD3, CD4, CD8, CD19, CD16/56 молекулам, — для идентификации

лимфоцитарных субпопуляций. Все образцы анализировались на проточном цитометре FACSCanto II.

Результаты и выводы. Перед операцией при неосложненных формах аппендицита наблюдалось достоверное снижение в периферической крови уровня Т-лимфоцитов, CD8-клеток (клеточное звено иммунного ответа), но повышение уровня параметров естественного иммунитета (NK, NKT). У пациентов, оперированных через классический доступ, полное восстановление параметров происходило на 5-е сутки, при лапароскопической аппендэктомии на 1–2-е сутки после операции.

Таким образом, выявленное достоверное снижение уровня параметров клеточного и естественного звеньев иммунного ответа в периферической крови пациентов, вероятно, свидетельствует о феномене «перераспределения» клеток с концентрацией эффекторов в «органе-мишени» — воспаленном червеобразном отростке. У детей после лапароскопической аппендэктомии восстановление исследуемых параметров опережало на 4–5 суток по сравнению с оперированными через классический доступ.

616.62-008.223-053.2

МОРОЗОВ В.И., МАКАРОВА Т.П., МИРОЛЮБОВА Д.Б., ЧЕРЕЗОВА И.Н.

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань

Клинические формы ночного недержания мочи у детей

В настоящее время синдром ночного недержания мочи считается патологическим, если он сохраняется у ребенка старше 5 лет. По данным разных авторов, от 2,3 до 30% детского населения в возрасте 4–15 лет страдает данным заболеванием. Принято различать первичный, или моносимптомный, и вторичный, или полисимптомный, энурез у детей. Однако, как

показывают наши собственные наблюдения, у детей встречаются и смешанные формы ночного недержания мочи, которые не обозначены в современной классификации энуреза.

В дневном урологическом стационаре ДРКБ МЗ РТ проведено комплексное неврологическое обследование 57 детей с энурезом в возрасте от 5 до 14 лет (24 девочки и 33

мальчика). Наряду с оценкой жалоб больных перинатального анамнеза и неврологического статуса оценивались анатомия мочевыводящих путей (на предмет врожденных аномалий) и функциональное состояние мочевого пузыря. При этом использовались нейрорентгенологические (спондилография), электрофизиологические (ЭЭГ, ЭМГ), функциональные методы исследования (цистометрия, профилометрия уретры, УФМ), УЗИ и лабораторная диагностика. ЭУ и МЦУГ проводились в отдельных случаях.

В результате проведенных исследований у 18 из 57 детей (31,6%) был диагностирован первичный, или моносимптомный, энурез. У всех детей этой группы имели место полидипсия, ночная полиурия и наследственная предрасположенность (у 16 из 18 больных) к заболеванию при нормальной анатомии мочевыводящих путей, отсутствии функциональных нарушений и воспалительных изменений со стороны мочевого пузыря. У 33 детей (57,9%) диагностирован вторичный, или полисимптомный, энурез, который в большинстве наблюдений (31 больной) был обусловлен нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (гиперрефлекторный мочевой пузырь) вследствие негрубой перинатальной патологии нервной системы. У 28 детей женского пола диагностирован шеечный цистит. У 6 детей имели место симптомы как первичного, так и вторичного энуреза наряду с полидипсией, ночной полиурией и наследственной

предрасположенностью к заболеванию у них имели место частые императивные позывы к мочеиспусканию, эпизоды дневного неудержания мочи.

Больные с первичным энурезом получали амбулаторно монотерапию минирином (синтетический аналог антидиуретического гормона). Дети с вторичным энурезом получали повторное (этапное) лечение в условиях дневного урологического стационара, направленное на очаг поражения нервной системы как первопричины заболевания. Симптоматическое лечение этой группы больных было направлено на нормализацию функционального состояния мочевого пузыря. Больные с энурезом смешанной этиологии получали комбинированное лечение, предусмотренное протоколом лечения как первичного, так и вторичного энуреза. У всех больных, получивших от 1 до 3 курсов терапии, отмечена стойкая ремиссия или полное выздоровление от энуреза.

Таким образом, энурез у детей может быть обусловлен различными этиологическими факторами и их сочетанием, что диктует необходимость комплексной дифференциальной диагностики и лечения у каждого конкретного больного с ночным недержанием мочи. Дифференциальный подход к назначению лечения энуреза у детей с учетом клинической формы заболевания позволяет добиться длительной ремиссии болезни и в конечном итоге полного выздоровления.

616.381-072.1-053.2

НАСЫБУЛЛИН М.Н., ЯФЯСОВ Р.Я., ПОСПЕЛОВ М.С., ИСМАГИЛОВ Р.Х., БУЛАШОВ В.И., БАИМОВ А.П.
Детская клиническая хирургическая больница МЗ РТ, ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», г. Казань

Видеолапароскопические вмешательства при неотложной хирургической патологии у детей

Современная хирургия имеет новый виток в своем развитии. Все больше и больше оперативных вмешательств начинает выполняться с использованием современной эндоскопической аппаратуры в неотложной хирургии. Одним из таких направлений является видеолапароскопия.

С 2006 года начато выполнение видеолапароскопических аппендэктомий. За это время в ДРКБ выполнено более 905 видеолапароскопических аппендэктомий (с 2006 года ежегодно 87% от общего числа аппендэктомий, проводимых в больнице). В основном используется лигатурный способ аппендэктомии (95%), остальные (5%) с погружением в кистет.

Выполнено 52 операции при местных перитонитах и 20 при разлитых. Дренаживание брюшной полости осуществляется установкой многодырчатого силиконового дренажа или дренажей в брюшную полость, дренажи убирались на 2–4-е сутки, после того как прекращается отделяемое из брюшной полости

или характер его становится серозным с обязательным контролем УЗИ брюшной полости.

Диагностические лапароскопии выполнены у 357 больных, из них — 168 при острой хирургической патологии, 97 — при подозрении на другие хирургические заболевания, 40 — при закрытой травме живота.

Видеолапароскопический адгезиолизис при спаечной кишечной непроходимости выполнен у 105 больных.

Необходимо сказать, что количество вмешательств при спаечной кишечной непроходимости значительно снизилось после начала применения видеолапароскопического способа аппендэктомии.

При гинекологической патологии выполнено: 23 — перекрученные кисты с некрозом, 28 — гидатиды маточных труб.

При наличии дивертикула Меккеля выполнено 15 резекций с помощью сшивающих аппаратов EndoGIA30.