

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, отсутствию 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.



Также было выполнено: дезинвагинация кишечника — 5 больных, ушивание яичника при апоплексии — у 1, ушивание язвы 12 п.к. — у 1, ушивание разрыва кишечника при травме — у 1 больного. В период освоения методик имела место конверсия, в настоящее время число конверсий составляет около 2–4%. В основном это при травмах брюшной полости, остальное при сильных инфильтративных изменениях кишечника при аппендэктомии и спаечной непроходимости. Летальных случаев не было.

Применение лапароскопического метода в экстренной абдоминальной хирургии способствует улучшению качества диагностики и лечения, уменьшению количества послеоперационных осложнений, снижению летальности, а также сокращению продолжительности пребывания в стационаре. Полученные результаты лечения позволяют рекомендовать лапароскопические операции при острых заболеваниях органов брюшной полости.

616.34-053.2

НИКОЛАЕВА И.В., АЙНУТДИНОВА И.А., КУПЧИХИНА Л.А.

Казанский государственный медицинский университет,
Межрегиональный клинико-диагностический центр, г. Казань

Антибиотикорезистентность кишечных лактобактерий, выделенных у грудных детей

Общеизвестно неблагоприятное воздействие антибиотиков на индигенную микрофлору человека. Антибиотикотерапия приводит к снижению колонизационной резистентности, что является основным механизмом развития дисбактериоза кишечника и антибиотикассоциированной диареи. Особенно актуальна эта ситуация у часто болеющих детей, получающих повторные курсы антибактериальной терапии. Изучение чувствительности к антибиотикам клинических изолятов лактобактерий позволяет определить спектр препаратов безопасных для лактофлоры ребенка.

Целью исследования явилась оценка антибиотикорезистентности фекальных штаммов бактерий рода *Lactobacillus*, выделенных у детей грудного возраста.

Исследования проводили на базе кабинета микробиологии матери и ребенка Республиканской клинической инфекционной больницы г. Казани и лаборатории генетики вирулентности бактерий НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН (Москва). Определена чувствительность 20 штаммов лактобактерий, выделенных у детей грудного возраста к 15 антибактериальным препаратам. Чувствительность выделенных микроорганизмов к антимикробным веществам определяли методом диффузии в агар на среде *Muller-Hinton* в соответствии с методиками, рекомендованными *NCCLS (2000-2001)* с помощью стандартных дисков фирмы *HiMedia* (Индия). В работе использовались диски с пенициллином, ампициллином, амоксициклом, цефтриаксоном, цефотаксимом, линкомицином, амикацином, ванкомицином, линезолидом, эритромицином,

ципрофлоксацином, котримоксазолом, фуразолидоном и нитроксилином.

Результаты исследований: Изученные штаммы лактобацилл в 100% случаев были резистентны к фуразолидону, ципрофлоксацину, котримоксазолу, цефтриаксону, нитроксилину. 19 из 20 штаммов (95%) были резистентны к ванкомицину. Большинство лактобактерий были также устойчивы к амикацину (75%), ампициллину (75%) и цефотаксиму (65%). Наибольшую чувствительность кишечные лактобактерии проявляли к пенициллину (70%), линезолиду (70%), эритромицину (65%) и линкомицину (60%). Все культуры лактобактерий были полирезистентны и проявляли одновременную устойчивость к 8–15 антибактериальным препаратам. Для каждого изолята лактобактерий был характерен индивидуальный спектр резистентности.

Таким образом, установлена высокая частота резистентности кишечных лактобактерий, выделенных у грудных детей, к наиболее часто используемым в клинической практике антибиотикам и химиопрепаратам. С учетом полученных данных фуразолидон, котримоксазол, цефтриаксон, нитроксилин и метронидазол могут считаться наиболее безопасными препаратами для кишечной лактофлоры грудных детей. Относительно безопасными в плане угнетения лактофлоры также являются амикацин, ампициллин, амоксициклав и цефотаксим. Применение пенициллина, линезолида, эритромицина и линкомицина будет сопряжено с риском угнетения лактофлоры, в связи с чем в данных клинических ситуациях целесообразно применение лактосодержащих пробиотиков.