

**Introducere.** Conceptul contemporan de corecție a maladiei Hirschsprung (MH) prevede excizia radicală a colonului afectat cu neo-formarea segmentului colorectoanal la etapa precoce de evoluție a bolii. Rămâne discutabilă alegerea rațională a procedurii chirurgicale-tehnice de corecție, îndeosebi la nou-născuți și sugari.

**Scopul.** Evaluarea eficienței curative și a dificultăților implementării practice a diferitelor procedee de corecție chirurgicală a MH la nou-născuți și sugari.

**Material și metode.** În cadrul studiului au fost incluși 113 copii cu vârsta cuprinsă între 1-12 luni, tratați chirurgical în instituția noastră pentru MH pe parcursul anilor 1986-2012. Majoritatea lor (84,5%) au fost internați în stare gravă și foarte gravă, cu semne clinice de pseudoobstrucție intestinală, intoxicație endogenă și afecțiune toxică a organismului. După confirmarea diagnozei și stabilizarea stării generale a copilului s-a elaborat și realizat o tactică optimă a tratamentului chirurgical. Alegerea procedurii chirurgicale-tehnice a fost individual adaptată în funcție de vârstă, specificul anatomo-topografic a cazului, gradul afectării stării generale și loco-regionale.

**Rezultate și discuții.** Conform acestor criterii, 22 (19,5%) pacienți au fost operați după procedeul Duhamel clasic și modificat, 31 (27,5%) – după metoda Soave-Leoniushkin, 41 (36,2%) – după metoda Swenson-Pellerin, 17 (15,0%) – operați prin miotomie posterioară a sfincterului anal intern după Lin și Duhamel. În 8 (7,1%) cazuri inițial a fost aplicată colostomă, pe fundalul căreia, ulterior 6 pacienți operați radical, 2 copii au decedat. Selectarea primară a acestor operații s-a efectuat în baza examenului preoperator complex care permitea, în majoritatea cazurilor, identificarea variantei anatomice a MH și obținerea datelor prezumtive despre corespunderea metodei selectate specificului anatomo-topografic și clinico-evolutiv al cazului. Hotărârea definitivă în favoarea unei sau altei metode era decisă intraoperatoriu când se vizualiza starea reală și gradul modificărilor antropomorfe de colon, inclusiv în baza testului la acetilcolinesterază. Selectarea și aplicarea individual adaptată a modalităților chirurgicale-tehnice de corecție a MH la nou-născuți și sugari a permis minimalizarea letalității (1,7%), reducerea complicațiilor postoperatorii precoce (5,3%) și tardive (13,8%).

**Concluzii.** Rezultatele obținute denotă că în tratamentul radical al MH la nou-născuți și sugari nu sunt restricții în aplicarea unei sau altei modalități chirurgicale-tehnice. Selectarea metodei depinde de specificul anatomo-topografic și clinico-evolutiv al cazului, de patologia concomitentă și abilitatea profesională a specialistului.

A.Ciuntu, N.Revenco, J.Bernic

#### ESTIMAREA N-ACETIL-B-GLUCOZAMINIDAZEI ÎN URINĂ LA COPII CU GLOMERULONEFRITĂ ACUTĂ DETERMINING OF N-ACETYL-B-GLUCOZAMINIDASE IN URINE OF PATIENTS WITH ACUTE GLOMERULONEPHRITIS

*Departamentul Pediatrie, USMF "Nicolae Testemițanu"*

**Summary:** Determining of activity of NFG- $\beta$  in urine is marker of diagnosis which reflects the activity of inflammatory process in kidneys, and allow to make prognosis of sequelae as well as topography of lesions in kidneys tissue.

**Obiective:** Determinarea activității N-acetil- $\beta$ -glucozaminidazei (NAG- $\beta$ ) în urină la copii cu glomerulonefrită acută (GNA).

**Material și metode:** Studiul dat este axat pe un lot de 46 copii cu GNA sindrom nefrotic, inclusiv 32 copii cu GNA sindrom nefrotic steroidsensibil și 14 copii cu GNA sindrom nefrotic steroidrezistent. Copiii au fost examinați la etapele clinico-evolutive ale maladiei, în stadiul funcțional compensator al maladiei. Diagnosticul GNA sindrom nefrotic a fost bazat pe datele anamnestice, clinico-paraclinice, pe explorări biochimice. Sindromul nefrotic a fost diagnosticat în prezența edemelor, proteinuriei masive ( $>40$  mg/m<sup>2</sup>/h sau a raportului proteină/creatinină în urină  $> 2,0$  mg/mg) și hipoalbuminemie ( $<2,5$  mg/dl). Vârsta medie a debutului maladiei a constituit  $7,76 \pm 0,60$  ani. Activitatea NAG- $\beta$  în urină a fost calculată după metoda Pugh D. Grupul de control l-au constituit 20 copii practic sănătoși.

**Rezultate:** La copiii cu GNA sindrom nefrotic steroidsensibil în perioada manifestărilor clinice activitatea NAG- $\beta$  în urină a sporit de 4,5 ori ( $11,10 \pm 1,85$  nM/s, mM creatinină) comparativ cu grupul de control ( $2,43 \pm 0,47$  nM/s, mM creatinină). În perioada remisiunii activitatea NAG- $\beta$  în urină s-a redus practic până la nivelul grupului de control ( $2,20 \pm 0,04$  nM/s, mM creatinină). În lotul copiilor cu GNA sindrom nefrotic steroidrezistent în perioada manifestărilor clinice s-a semnalat o creștere de 4,0 ori ( $9,61 \pm 2,24$  nM/s, mM creatinină) a activității NAG- $\beta$  în urină comparativ cu grupul de control. În perioada remisiunii activitatea NAG- $\beta$  în urină continuă să rămână sporită ( $10,53 \pm 1,42$  nM/s, mM creatinină) comparativ cu grupul de control.

**Concluzii:** Determinarea activității NAG- $\beta$  în urină reprezintă un marker diagnostic care reflectă intensitatea procesului inflamator renal, permite prognozarea complicațiilor precum și topografia lezării țesutului renal.