

В основной группе (1) по сравнению с двумя другими группами с достоверным уровнем значимости ($p=0,005$) медиана времени до первого эпизода ОРВИ в течение следующих 3 месяцев наблюдения значительно больше. В основной группе (1) данный показатель составил 58,0 дней (30,0-90,00), в группе 2-25,0 дней (12,0-39,0), в группе 3-33,0 дня (21,0-39,0) (рис. 2).

Выводы:

1. Применение Эргоферона для профилактики ОРВИ у детей с БА значительно предотвращает развитие респираторных инфекций, в том числе снижает частоту повторных эпизодов ОРВИ.

2. Эргоферон снижает тяжесть проявления эпизодов ОРВИ, обеспечивая возможность снизить риск полипрагмазии.

3. Наиболее выраженным профилактическим эффектом обладает пролонгированная до 4 месяцев схема приема препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А. Н. Применение сверхмалых доз антител к гамма-интерферону в лечении и профилактике вирусных инфекций. // Антибиотики и химиотерапия. — 2008. — Т. 53, № 1. — С. 32-35.
2. Геппе Н. А. Актуальность проблемы бронхиальной астмы у детей. // Педиатрия. — 2012. — Т. 91, № 3. — С. 76-82.
3. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA), пересмотр. 2014 г. — С. 107.
4. Ершова А. В., Сабитов А. У. Новые аспекты в профилактике острых респираторных инфекций у детей с бронхиальной астмой. // Материалы 4 международной научно-практической конференции «Современные концепции научных исследований», 2014.
5. Инструкция Фармакологического комитета МЗ и СР РФ по медицинскому применению препарата «Эргоферон».
6. Княжеская Н. П., Баранова И. А., Фабрика М. П., Белевский А. С. Новые возможности лечения и профилактики ОРВИ у пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. — 2012. — № 3. — С. 16-20.
7. Самсыгина Г. А. Анаферон детский. Накопленный опыт применения нового средства для профилактики и терапии вирусных инфекций у детей. // Педиатрия. — 2008. № 6. — С. 129-132.
8. Солдатов Д. Г. Вирусиндуцированная бронхиальная астма. // Бронхиальная астма. Т. 2. Санкт-Петербург: медицинское информационное агентство. 1997. — С. 83-117.
9. Халафян А. А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных // 3-е изд. — М.: Бином, 2008. — 508 с.
10. Gern JE. Mechanisms of virus-induced asthma // Mechanisms of virus-induced asthma. J Pediatr. 2003 Feb; 142 (2 Suppl): S9-13; discussion S13-4.
11. Castro-Rodríguez J. A. Association between asthma and viral infections // An Pediatr (Barc). 2007 Aug; 67 (2): 161-8.

**С. Ю. Комарова, Е. В. Гайдышева, А. В. Мешков,
И. В. Бородулин, М. Ю. Тимошинов, М. Н. Екимов**

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ В УСТАНОВЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ХОЛЕЛИТИАЗОМ

*Уральский государственный медицинский университет
Детская городская клиническая больница № 9
г. Екатеринбург*

Аннотация

Сложность прогнозирования осложнений ведет к увеличению числа детей больных холелитиазом, нуждающихся в своевременном оперативном лечении, с применением современных диагностических и оперативных методик. Важна объективная оценка состояния желчного пузыря и в целом гепатобилиарной системы у детей с холелитиазом для обоснования выбора оптимального оперативного лечения. 28 детям с холелитиазом выполнена МР-холангиопанкре-

атография, что позволило выявить у 3 (10,7%) детей холедохолитиаз и выбрать другую тактику. Исследование в режиме МР-холангиопанкреатографии позволило в двух (3%) случаях выявить послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: холелитиаз, МР-холангиопанкреатография, дети.

В настоящее время исключительно важным представляется решение вопроса о клинической потребности в детской хирургии всех диагностических исследований, применяемых в хирургии гепатобилиарного тракта у взрослых, а также решение вопроса о применении новых диагностических методик [1, 2, 3]. Частота поражений желчевыведительной системы, склонность к затяжному течению с вовлечением в патологический процесс других органов пищеварения, а также сложность прогнозирования осложнений ведет к увеличению числа детей больных холелитиазом, нуждающихся в своевременном оперативном лечении, с применением современных диагностических и оперативных методик [1, 2, 3, 5]. Частота встречаемости холелитиаза у детей имеет тенденцию к прогрессивному увеличению. Современная тактика лечения детей с холелитиазом неоднозначна среди педиатров, гастроэнтерологов и детских хирургов, так как нет единого взгляда на показания к оперативному лечению [1, 2, 3, 4].

Целью исследования являлась оценка анатомо-функционального состояния желчного пузыря и желчевыводящих протоков у детей с холелитиазом для правильного выбора метода оперативного лечения.

В клинике детской хирургии УГМУ на базе хирургического отделения №2 за период 2011-2014 гг. находилось на оперативном лечении 64 ребенка с холецистолитиазом в возрасте от 2 до 16 лет. У 63 (98,5%) детей выполнена лапароскопическая холецистэктомия, у 1 (1,5%) — холецистэктомия открытым способом, в связи с множеством выполненных оперативных вмешательств в периоде новорожденности. В ближайшем послеоперационном периоде у 2 детей (3%) выявлены осложнения — повреждения холедоха. В установлении показаний к оперативному лечению большое значение имеет магнитно-резонансная томография, которая включена в комплекс обследования детей, больных желчнокаменной болезнью, с декабря 2012 года. Нами проведены исследования 28 детям в кабинете МРТ

МАУ ДГКБ №9 на аппарате GE HDxt SISNA 1.5T в режиме МР холангиопанкреатографии.

Оцениваем состояние печени, внутрипеченочных желчных протоков, размеры желчного пузыря и состояние его стенки, перивезикальную клетчатку, количество и размер конкрементов в желчном пузыре, состояние и размер пузырного протока и холедоха, наличие в них конкрементов. Одновременно исследуется поджелудочная железа, ее размеры и размеры Вирсунгова протока.

В результате 28 исследований в 25 случаях не было выявлено патологии холедоха, этим детям выставлены показания к проведению лапароскопической холецистэктомии. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена по стандартной методике из трех доступов. В 3 случаях обнаружены множественные конкременты желчного пузыря и холедоха, эти пациенты направлены в специализированные хирургические отделения. В нашем исследовании МР-холангиопанкреатография обеспечила надежную визуализацию желчных протоков в послеоперационный период во всех случаях.

Двум пациентам при подозрении на возникшее осложнение в послеоперационном периоде для уточнения диагноза проведена МР-холангиопанкреатография. В одном случае выявлено полное пересечение холедоха, во втором — частичное повреждение холедоха. При полном повреждении холедоха выполнена реконструктивная операция холедохоеюноанастомоз на отключенной петле по Ру. При частичном повреждении холедоха выполнена холедохостомия.

Выводы:

1. Данные МР-холангиопанкреатографии у детей с холелитиазом позволяют оценить функциональное состояние всей гепатобилиарной системы в целом и в комплексе с другими методами диагностики определить показания к оперативному лечению.

2. При возникновении послеоперационных осложнений МР-холангиопанкреатография позволяет уточнить анатомию повреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. — СПб., «Пит-Тал», 1997. — 392 с.
2. Детская хирургия: национальное руководство/под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1168 с.
3. Алянгин В. Г. Оптимизация методов диагностики и лечения желчнокаменной болезни у детей. Дисс... к. м. н. — Уфа, 2000. — С. 128.
4. Гальперин Э. И. Лечение повреждений внепеченочных желчных протоков, полученных при лапароскопической холецистэктомии. Хирургия. 2001. — № 1. — С. 51-52.
5. Применение магнитно-резонансной томографии в хирургической гепатологии./А. М. Гранов // Вестник рентгенологии и радиологии. — 2002. — № 3. — С. 32-36.

С. Ю. Комарова, С. Ю. Гайдышева, И. В. Бородулин, М. Ю. Тимошинов, М. Н. Екимов

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БРЮШНОЙ ФОРМОЙ КРИПТОРХИЗМА

*Уральский государственный медицинский университет
Детская городская клиническая больница № 9*

Аннотация

Лапароскопический поиск неопустившегося яичка — наиболее объективный и достоверный метод диагностики абдоминальной формы крипторхизма. Это исследование позволяет установить локализацию яичка, оценить состояние сосудов, длину семявыносящего протока. Оптимизация методов оперативной коррекции крипторхизма у детей с брюшной формой крипторхизма — актуальный раздел современной детской уроandroлогии. За период 2009-2014 гг. произведена оперативная коррекция 705 детям с патологией расположения яичка. Доля детей с брюшной ретенцией яичка составляет 9,9%. При синдроме «непальпируемого» яичка выполняли диагностическую лапароскопию, которая в 70% закончилась обнаружением аплазированного яичка. У 6% детей с брюшной ретенцией и высокой паховой ретенцией при выраженном дефиците длины семенного канатика и невозможности низвести яичко в мошонку выполнялось этапное низведение.

Ключевые слова: крипторхизм, дети, лапароскопическая орхопексия.

Для выбора оптимальной тактики при брюшной форме крипторхизма необходимо до операции установить тяжесть процесса. Особое значение при непальпируемом яичке и двустороннем процессе приобретают такие методы диагностики, как сцинтиграфия яичек, КТ, МРТ, лапароскопия. Прежде всего, при непальпируемом яичке необходимо установить половую принадлежность, исключив нарушения хромосомного пола. В алгоритм обследования детей с синдромом непальпируемого яичка входит сонография брюшной полости, но, к сожалению, данный метод диагностики не всегда оказывается достоверным. Современные высокотехнологичные методы диагностики тяжелых форм крипторхизма — ангиография, радио-

зотопные методы, КТ, МРТ — не всегда могут быть применены в педиатрической практике. Лапароскопическое исследование наиболее объективный и достоверный метод диагностики абдоминальной формы крипторхизма [1, 2, 3, 4]. Это исследование позволяет установить точную локализацию яичка, оценить состояние сосудов, длину семявыносящего протока. При выраженной дисплазии яичка необходимо провести орхифуникулэктомию. В сомнительных случаях выполняют биопсию яичка. Помимо бесплодия, пациенты с данным пороком имеют более высокий риск развития у них рака яичка и гипогонадизма [1, 2, 5].

Все известные методы лечения крипторхизма подразделяются на две группы: одноэтапные и двухэтапные. К первой группе