

ральным свищем. Ателектаз чаще возникал на третьи-пятые сутки после операции. У 9 больных ателектаз был ликвидирован консервативными мероприятиями (ЛФК, ингаляции, трахеостома), у 12 устранен путем выполнения бронхоскопической санации. Ограниченная эмпиема без плеврального свища была излечена путем повторных пункций и дренирования плевральной полости. Двум больным с эмпиемой и плевральным свищем выполнялась бронхиальная окклюзия и повторное дренирование плевральной полости.

Все пациенты после операции находятся на диспансерном наблюдении. В течение первого года после операции была проведена их госпитализация и всестороннее клинико-лабораторное и бронхологическое обследование. У подавляющего числа больных (9,6 %) наступило полное выздоровление, у 5 отмечается клиническое улучшение (редкие обострения, выделение мокроты непостоянное и в небольшом количестве).

Таким образом, комплексная консервативная терапия больных с ХНЗЛ и дифференцированный выбор сроков и методов операции позволяют добиться улучшения результатов лечения, предотвратить развитие тяжелых осложнений и инвалидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойков Г.А. Отдаленные результаты хирургического лечения бронхоэктазий у детей: Автореф. дис... докт. мед. наук. Л. 1973.
2. Климанский В.А. Хирургическая патология легких у детей. М.: 1975.
3. Королев Б.А., Широкоева А.П., Чернова Р.И., Горохова З.Л. Сегментарные резекции легких при бронхоэктатической болезни // Вестн. хир. № 1. С.30.
4. Пугачев А.Г., Гайдашев Э.А., Красовский Ю.С. Хирургическое лечение бронхоэктазий у детей. М.: 1970.

УДК 616.366.0037-055.-089.87.87.-089.819.-07

В.М.Одник, С.Ю.Пономарева, И.А.Трубицина, В.И.Чукреев, В.Б.Чудаков

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Уральская государственная медицинская академия

Своевременная диагностика и лечение желчекаменной болезни у детей имеет не только медицинское, но и социальное значение, т. к. поздняя стадия заболевания является одной из причин и позднего начала лечения, развития

хронических заболеваний гепатобилиарной системы и панкреатита в молодом возрасте. До недавнего времени считалось, что желчекаменная болезнь у детей встречается редко. В последние годы количество сообщений по этой проблеме значительно возросло [1,2]. Увеличение числа больных желчекаменной болезнью среди взрослого населения, в том числе у молодых людей, позволило предположить, что истоки этой патологии следует искать в детском возрасте. Коренной переворот в диагностике и лечении желчекаменной болезни у детей произошел с внедрением в клиническую практику ультразвукового исследования (УЗИ) и лапароскопической холецистэктомии.

Образованию камней желчных путей способствуют многие факторы: дискинезия желчных путей, врожденные пороки развития желчного пузыря и желчевыводящих путей (перегибы, деформации, спайки), кистозное расширение и стеноз дистального отдела общего желчного протока, длительное парентеральное питание, внутрисосудистый гемолиз, нарушение обмена веществ, генетические, алиментарные и другие причины. В связи с этим холецистэктомия у детей стала довольно распространенной операцией.

За период с 1990 по 1998 г.г. в клинике детской хирургии находилось под наблюдением 43 ребенка с желчекаменной болезнью в возрасте от 6 до 14 лет. Дети до поступления в клинику наблюдались у врачей-педиатров по поводу дискинезии желчевыводящих путей (12), хронического холецистита (11), гастродуоденита (9), гепатита (4), панкреатита (3). У 8 больных отмечено бессимптомное течение желчекаменной болезни, а выявленные камни в желчном пузыре явились диагностической находкой при проведении УЗИ органов брюшной полости. Давность заболевания наблюдавшихся нами пациентов колебалась от 1 до 8 лет. У 16 (37,2%) детей течение ЖКБ сопровождалось периодическими приступами желчной колики и 4 (9,3%) детей в анамнезе имелись указания на проявления механической желтухи. Все дети поступили в хирургический стационар из гастроэнтерологических отделений после обследования и комплексного консервативного лечения. У 29 (67,4%) больных в комплексной терапии ЖКБ для растворения камней использовались препараты хендсоксихоловой кислоты (хенофальк, хенохол и др.). Показаниями к назначению препаратов хендсоксихоловой кислоты явились холестериновые камни желчного пузыря, подтвержденные результатами кристаллографического исследования. Препарат назначался по 1 капсуле 3 раза в день в течение 6 мес. Обязательным условием при назначении холинолитиков являлось сохранение функции желчного пузыря и нормальное анатомическое

стросние общего желчного протока (нормальный диаметр, отсутствие деформации). Из 29 больных регулярное лечение и полный курс получили 17 (58,6%). Из них у 13 (41,6%) в динамике через 3 и 6 мес. отмечено увеличение в размерах камней, что явилось поводом к отказу от дальнейшего приема препарата. У двух больных при повторных УЗИ камней не выявлено, что было расценено, как положительный результат медикаментозной терапии, у восьми (27,5%) размеры конкрементов оставались прежними.

Таким образом, анализ результатов медикаментозного лечения детей препараты хенодеоксихолевой кислоты показали их недостаточную эффективность. Вместе с тем мы считали, что в случаях, когда при кристаллографии желчи выявляется высокий уровень холестеринových кристаллов при небольших размерах конкрементов (от 5 до 10 мм) и при отсутствии противопоказаний, показана медикаментозная терапия холинолитиками в течение 6 мес. Увеличение в размерах конкремента при динамическом УЗИ или отсутствие эффекта от медикаментозной терапии является показанием к отмене препарата и направлению больного к хирургу для решения вопроса о сроках оперативного вмешательства.

Сопутствующая патология со стороны желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит) выявлена у 18 (41,8%) детей с хроническим калькулезным холециститом.

При определении показаний к хирургическому лечению учитывался характер клинического течения заболевания, динамика размеров конкремента, наличие хронического панкреатита, гастродуоденита, гипертензии желчных путей и других факторов. В связи с этим всем больным при поступлении в клинику проводилось комплексное исследование, которое включало: УЗИ, биохимическое исследование (трансаминаза, щелочная фосфатаза, холестерин, β -липопротеиды), холицистография, дуоденальное зондирование, кристаллография желчи. При выполнении УЗИ обращали внимание на размеры желчного пузыря, его форму, наличие перегибов и перетяжек в области его тела и шейки, толщину и эхоплотность стенки желчного пузыря в различных его участках, характер содержимого желчного пузыря, состояние вне- и внутрипеченочных желчных протоков. При наличии в анамнезе приступов желчной колики, желтухи и выявления расширения желчных протоков после проведения УЗИ определяли показания к эндоскопической ретроградной холецистопанкреатографии, которая выполнена у трех больных.

Оперативные вмешательства выполняли под эндотрахеальным обезболиванием с ИВЛ. До 1994 г. в клинике при желчекаменной болезни выполнялась классическая холецистэктомия. За период с 1990-1994 г.г. выполнено 9 холецистэктомий. С 1994 г. в клинике при жел-

чекаменной болезни у детей выполняется лапароскопическая холецистэктомия, которая в детском возрасте обеспечивает минимальную операционную травму, отличную визуализацию анатомических структур и является «золотым стандартом» при выборе метода лечения неосложненного холедохолитиаза у детей. Лапароскопические исследования и операции выполняли с использованием лапароскопа фирмы Olympus (Япония) и инструментов фирмы Auto suture, ethicon. Для выполнения лапароскопии вводили 3 троакара диаметром 10 и 5 мм. Предпочтение отдавали автоматическим троакарам с защитным колпачком острия стилета, что уменьшает вероятность повреждения внутренних органов. Внутривнутрибрюшное давление газа поддерживали на уровне 12-13 мм рт.ст. Манипуляции на желчном пузыре начинали с освобождения его от спаек. После этого его захватывали в области дна и Гартмановского кармана и осуществляли мобилизацию шейки желчного пузыря, клипирование и рассечение пузырной артерии, а затем пузырного протока. Для выведения пузыря из ложа вначале с помощью крючка пересекали брюшину по обеим сторонам тела пузыря. Затем осуществляли тракцию за дно пузыря с помощью коагуляционного крючка пересекали соединительные ткани между задней стенкой пузыря и печенью. Для извлечения выделенного желчного пузыря использовали жесткий зажим, которым захватывали пузырь за культю пузырного протока и извлекали через 11-миллиметровый троакар. После удаления желчного пузыря выполнялась санация брюшной полости - удаление отсосом выпота, дозированное промывание правого подреберья и правого латерального канала 0,1% раствором иодопирона. Вопрос о дренировании брюшной полости решается индивидуально. Учитывая прецизионность техники вмешательства и отсутствие кровотока и желчеистечения в подавляющем числе наших наблюдений, операции заканчивали без дренирования. С 1994 по 1998 г. в клинике выполнено 32 лапароскопических холецистэктомий. Длительность лапароскопических операций колебалась от 45 мин до 3 ч. Переход к лапароскопии при невозможности продолжения лапароскопических манипуляций осуществлен у двух (7,9%) больных. В двух наблюдениях показания к открытой классической холецистэктомии были определены сразу, в связи с подозрением на наличие камней в общем желчном протоке и anomalно наружных желчных путей.

Единичные камни в желчном пузыре выявлены у 15 (34,8%) больных, от 2 до 10 - у 19 (44,8%), от 10 до 50 камней - у 7 (16,2%) и более 50 камней - у двух. Диаметр конкрементов варьировал от 2 до 35 мм. Холестериновые камни выявлены у 36 (83,7%) чел., пигментные - у 7.

При гистологическом исследовании удаленных желчных пузырей во всех наблюдениях выявлены признаки хронического холецистита:

атрофия слизистой, полипообразный метаморфоз слизистой, склеротические изменения в стенке пузыря, дисплазия пузырного протока, наличие холестериновых кристаллов и мелких камней.

Посевы желчи из желчного пузыря в 100% наблюдений оказались стерильными. При кристаллографии желчи выявлено большое скопление кристаллов холестерина и только в трех наблюдениях с множественными камнями выявлены билирубиновые камни.

В послеоперационном периоде в течение первых суток больным проводили инфузионную терапию в объеме 1/2 физиологической потребности. Назначались ненаркотические анальгетики, которые вводились только в первые сутки, антибактериальная терапия в течение 3-5 дней. Со вторых суток больных начинали кормить, им разрешалось ходить.

Течение послеоперационного периода у всех детей было гладким. Осложнений после классической и лапароскопической холецистэктомии не было. Сравнительный анализ течения послеоперационного периода у больных после лапароскопической холецистэктомии показал значительные ее

преимущества за счет значительного снижения послеоперационного болевого синдрома, более ранней активизации больных, хорошего косметического эффекта и снижения экономических затрат на лечение. Контрольные УЗИ и лабораторные исследования функции печени проводили на третьи сутки после операции и перед выпиской. Выписывали больных на 4-8 сутки после операции в удовлетворительном состоянии после повторных лабораторных исследований крови, УЗИ. Мы считаем, что лапароскопическая холецистэктомия является малотравматичной, безопасной и эффективной операцией у детей любого возраста и может служить методом выбора при лечении неосложненного калькулезного холецистита у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян В.Г. Хирургическая гепатология детского возраста. М.: 1982.
2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Дедов К.А., Залихин Д.В. Лапароскопическая холецистэктомия у детей // Детская хир. 1998. №2. С.20-25.

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

УДК 616.916.5-092-036-06

О.П.Ковтун, В.Г.Мельников, Г.А.Вершинина, И.Ю.Логиновских

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА У ДЕТЕЙ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗА

Уральская государственная медицинская академия

В последние годы Лайм-боррелиоз (ЛБ) занимает одно из первых мест среди природноочаговых инфекций и представляет собой целую группу самостоятельных заболеваний, этиологически связанных с комплексом спирохет *Borrelia burgdorferi sensu lato* - *Borrelia burgdorferi*, *Borrelia garinii*, *Borrelia afzelii* [6]. Природные очаги ЛБ распространены повсеместно и тесно связаны с ареалами циркуляции иксодовых клещей. Современные исследования подтверждают, что естественная инфицированность клещей боррелиями в 10-20 раз превышает зараженность их вирусом клещевого энцефалита (КЭ) и колеблется в отдельных регионах от 12 до 66% [3,5,7]. Свердловская область относится к числу традиционно эн-

демичных регионов, где показатели заболеваемости ЛБ и КЭ в несколько раз выше среднестатистического уровня РФ. Достаточно сказать, что в г. Екатеринбурге число заболевших боррелиозом в 1996 г. составило 34 на 100 тыс. населения, что в 4 раза выше уровня 1995 г., в том числе заболеваемость среди детей увеличилась в 7 раз. В 1997 г. наблюдалось незначительное снижение показателей - 30 на 100 тыс. населения, а по предварительным данным 1998 г. число детей, заболевших ЛБ, превысит количество больных КЭ в 3 раза.

Лайм-боррелиоз сегодня рассматривается как полисистемное заболевание, которое характеризуется преимущественным поражением кожи, нервной системы, сердца, опорно-двигательного аппарата [1-15]. Заболевание имеет цикличность течения, ранние и поздние проявления, совпадающие с периодами внедрения, диссеминации, персистенции боррелий, нередко эта инфекция завершается формированием хронической формы. Классический вариант ЛБ представлен по литературным сведениям тремя стадиями болезни [1]. В первую, локализованную стадию, на коже в месте присасывания клеща возникает эритематозное пятно - клещевая мигрирующая эритема. Вторая стадия, стадия диссеминации боррелий, развивается спустя 1 мес. от дебюта инфекции и про-