

## СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Пономарева С.Ю., Цап Н.А., Бородулин И.В.,  
Сысоев С.Г., Гайдышева Е.В.

Желчекаменная болезнь в детском возрасте относится к числу актуальных и широко обсуждаемых проблем. Современная тактика лечения детей с холелитиазом неоднозначна среди педиатров поликлиник, детских гастроэнтерологов и детских хирургов, т.к. нет единой методической программы лечения этих больных.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты холелитиаза у детей. Помимо количественного роста этого заболевания у детей следует учитывать улучшение диагностики ЖКБ благодаря широкому применению в педиатрической практике ультразвукового исследования. Коренной перелом в диагностике и лечении желчекаменной болезни у детей произошел с внедрением в клиническую практику динамической скинтиграфии гепатобилиарной зоны и лапароскопической холецистэктомии. Это позволило нам дифференцированно подходить к показаниям и выбору метода лечения, а так же использовать шадящие методы оперативного лечения, к которым относится лапароскопическая холецистэктомия.

В настоящее время в клинике детской хирургии УГМА находится под наблюдением 98 больных желчекаменной болезнью в возрасте от 1 до 15 лет. Из них 65,5 % прооперированы: 58 (90,2%) - лапароскопическая холецистэктомия ; 6 (9,8%) - открытая холецистэктомия.

При определении показаний к хирургическому лечению учитываются характер клинического течения заболевания, динамика размеров и количество конкрементов, эффективность консервативной терапии, наличие аномалий строения желчного пузыря и протоков, сохранность функции желчного пузыря, сфинктеров Люткенса и Одди, тип дискинезии, наличие осложнений. Важное место в определении показаний к оперативному лечению занимает в настоящее время динамическая скинтиграфия гепатобилиарной системы, которая включена в комплекс обследования детей с холелитиазом с 1998 года. Комплексные данные скинтиграфии гепатобилиарной системы и УЗИ желчевыводящей системы в динамике при наличии большого синдрома являются решающими для определения показаний к лапароскопической холецистэктомии.

С 1994 года в клинике детской хирургии при желчекаменной болезни у детей выполняется лапароскопическая холецистэктомия, которая в детском возрасте обеспечивает минимальную операционную травму, что существенно позволяет снизить послеоперационный болевой синдром, более раннюю активизацию и хороший косметический эффект.

В детской городской клинической многопрофильной больнице № 9 на базе планового хирургического отделения лапароскопическая холецистэктомия выполняется с 1997 года.

При отсутствии показаний к оперативному лечению больным проводилось консервативное лечение в специализированном гастроэнтерологическом отделении, включающее в себя: лечебное питание (5-а лечебный стол), специфическая терапия (препараты хенодезоксихолевой и урсодезоксихолевой кислоты) и лечение сопутствующей патологии.

Все дети с холелитиазом до операции и после оперативного лечения наблюдаются в консультативной поликлинике ДГКМБ № 9 у хирурга и гастроэнтеролога, отслеживаются отдаленные результаты функционального состояния желчевыводящей системы.

## **КРИПТОРХИЗМ, КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПЕДИАТРИИ**

**Долгинская В.Г., Холманских Е.Г.**

Крипторхизм следует определять как патогенное расположение одного или обоих яичек вне мошонки и невозможность полного его (их) низведения в мошонку руками.

Следует выделять ложный крипторхизм, при котором в результате осмотра яички поднимаются в нижнюю треть пахового канала или до выхода из него из-за сокращения cremasterных мышц. Различают паховую и брюшную ретенции, являющиеся истинными формами крипторхизма, а также эктопию яичек.

Актуальность вопроса обусловлена распространенностью крипторхизма: 2-4% среди доношенных новорожденных и 9-30% — среди недоношенных.

Исследование ткани неопустившихся яичек показывает, что изменения сперматогенного эпителия и герминативных клеток начинаются очень рано - с 2-3 лет, а к 7 годам становятся столь выраженными, что больные оказываются бесплодными, несмотря на оперативное и медикаментозное лечение. В случаях отсутствия лечения 72-85% детей в будущем имеют бесплодные браки. Сроки консервативного и оперативного лечения крипторхизма по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения следующие: медикаментозное лечение следует начинать в возрасте 6 мес. При его безуспешности в возрасте 2 лет показано хирургическое низведение яичка.

В течение ряда лет мы наблюдали 89 больных крипторхизмом. Представляем возможным выделить три группы. В первую группу включены больные, у которых нет показаний для операции. Им проводится комплексное обследование, включая исследование гормонального статуса, а именно лютеинизирующего гормона. При показателях гормона ниже физиологических