

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Якубов Э.А.¹, Камилова А.Т.¹, Нарметов А.Б.², Эргашев Б.С.²

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

² Научно-исследовательский институт педиатрии, Узбекистан

Актуальность. В литературах встречается мало сообщений о конкрементах желчных протоков у детей. Часто камни встречаются у больных с аномальным слиянием панкреатобилиарного соустья или с кистозным расширением желчных протоков.

Цель. Проанализировать лечебную тактику желчнокаменной болезни (ЖКБ) у детей.

Материалы и методы. За последние 10 лет в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ и в отделении гастроэнтерологии НИИ Педиатрии пролечены 49 больных в возрасте от 3 мес. до 16 лет с ЖКБ.

Результаты. Показания к хирургическому вмешательству при ЖКБ у детей определяли следующие факторы: возраст ребенка; размер и место расположения конкрементов; длительность заболевания; клиническая форма ЖКБ. Детям до 3 лет оперативное лечение рекомендуем выполнять только при рецидивирующих болях в животе или сопутствующих патологиях. В этом возрасте возможно спонтанное растворение конкрементов под действием медикаментов. Рекомендовано проведение планового оперативного вмешательства в возрасте от 4 до 12 лет, так как данный возраст является оптимальным. У 17 (34,7 %) из 49 больных с ЖКБ проведено оперативное лечение. У 5 (29,4 %) из 17 оперированных больных с ЖКБ проведено традиционная холецистэктомия (ХЭК). В 12 (32,1 %) случаях ЖКБ сопутствовало с кистой холедоха. У 10 (83,3 %) из 12 больных с кистой холедоха камни установлено до операции, как осложнение кисты холедоха, а у 2 (16,7 %) случаях установлено во время операции. У 12 больных, который обнаружена калькулёзная киста холедоха, проведена радикальная операция: ХЭК, кистэктомия, наложение гепатикоэнтеростомии по Roux – у 9, ХЭК, кистэктомия, наложение гепатико-дуоденостомии — у 2, наложение дренажной холецистостомы у 1. Конкременты у 3 больных локализовались в желчном пузыре, у 6 — в расширенном холедохе, у 3 — в желчном пузыре и в полости кисты. Один больной госпитализирован в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит и оперирован ошибочно. Правильный диагноз — камень желчного пузыря установлен в послеоперационном периоде при обследовании желчевыводящих путей с помощью функциональной эхохолецистосонографии. Консервативное лечение провели 32 (65,3 %) больным в основном при размере конкремента до 10 мм, а при наличии мелких камней они не должны занимать более половину объёма желчного пузыря. У всех больных успешно растворяли конкременты желчного пузыря и устранили признаки хронического калькулёзного холецистита. Консервативное лечение провели непрерывно с продолжительностью 12–24 мес. у 19 больных; 3–6 мес. у 14 и до 3 мес. у 2.

В заключении можно отметить, что дети с ЖКБ хорошо поддаются к консервативной терапии. При осложнённом течении ЖКБ и камнях более 10 мм, также при калькулёзных кистах холедоха предпочтительно проводить оперативное лечение.