

2. Алиев С.А. Хирургическая тактика, профилактика и лечение осложнений при повреждениях поджелудочной железы. Хирургия. 2006; 8: 43—50.
3. Громов М.С. Методика профилактики осложнений при повреждениях поджелудочной железы. Саратовский научно-медицинский журнал. 2009; 5 (3): 440—3.
4. Липтев В.В. Блокаторы панкреатического биосинтеза в лечении токсической фазы деструктивного панкреатита: Автореферат дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1998.
5. Панцырев Ю.М., Мельников А.Г., Царев И.В., Паньков А.Г. Хирургическая тактика и оперативные методы лечения деструктивного панкреатита. Вестник Российского государственного медицинского университета. 2000; 3 (13): 62—7.
6. Киргизов И.В., Щербakov П.Л. Калькулезный панкреатит у ребенка 14 лет — возможности ультразвуковой диагностики. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2007; 2: 106—11.
7. McKay C., Baxter J., Imrie C. A randomized, controlled trial of octreotide in the management of patients with acute pancreatitis. Int. J. Pancreatol. 1997; 21: 13—9.
8. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Заболевания поджелудочной железы. В кн.: Детская хирургия. СПб.; 1997; т. 2: 213—4.

REFERENCES

1. Kotlobovsky V.I. A traumatic pancreatitis at children. In: Children's surgery. A national management. Moscow; 2009: 481 (in Russian).
2. Aliiev S.A. Surgical tactics, preventive maintenance and treatment of complications at pancreas injuries. Surgery. 2006; 8: 43—50 (in Russian).
3. Gromov M.S. Metodika's thunders of preventive maintenance of complications at pancreas injuries". The Saratov scientifically-medical magazine. 2009; 5 (3): 440—3 (in Russian).
4. Liptev V.V. Blokatory of pancreatic biosynthesis in treatment of a toxic phase of a destructive pancreatitis. The author's abstract. Moscow; 1998 (in Russian).
5. Pancyrev Y.M., Mel'nikov A.G., Tsarev I.V., Pankov A.G. Surgical tactics and operative methods of treatment of a destructive pancreatitis. Vestnik RGMU. 2000; 3 (13): 62—7 (in Russian).
6. Kirgizov I.V., Shherbakov P.L. Calculous pancreatitis in children 14 years old-possibility of ultrasound. Ultrasound and functional diagnostics. 2007; 2: 106—11 (in Russian).
7. McKay C., Baxter J., Imrie C. A randomized, controlled trial of octreotide in the management of patients with acute pancreatitis. Int. J. Pancreatol. 1997; 21: 13—9.
8. Ashkraft K.U., Holder T.M. Pancreas diseases. In: Children's surgery. St.-Petersburg; 1997; vol. 2: 213—4 (in Russian).

Поступила 24.12.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.382-007.59-07-089

Ю.Ю. Соколов¹, С.В. Стоногин², С.А. Коровин¹, А.С. Трубицын³, А.В. Вилесов³, М.Э. Шувалов³**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКРУТОВ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА У ДЕТЕЙ**

¹Кафедра детской хирургии Российской медицинской академии последипломного образования, 125373, Москва, ул. Героев Панфиловцев, 28, Тушинская детская городская больница, отделение экстренной хирургии; ²ГБУЗ Тушинская детская городская больница, 125373, Москва, ул. Героев Панфиловцев, 28, Тушинская детская городская больница, 5-е инфекционное отделение; ³Детская городская больница святого Владимира Департамента здравоохранения Москвы, 107014, Москва, Рубцовско-Дворцовая ул., д. 1/3

Соколов Юрий Юрьевич, sokolov@permlink.ru

В настоящей работе приведен опыт лечения 13 детей с редкой патологией органов брюшной полости — перекрутом большого сальника. Из них первичный перекрут сальника был установлен у 10 детей, вторичный — у 3 больных. Лапароскопическая резекция сальника была выполнена в 12 наблюдениях, из них в 1 случае операция была дополнена аппендэктомией. Лапароскопическая резекция фрагмента большого сальника с кистой была выполнена 1 больной. Конверсия с переходом на верхнюю срединную лапаротомию и резекция всего большого сальника потребовались у 1 больного с травмой живота. Интра- и послеоперационных осложнений не было. При гистологическом исследовании иссеченных фрагментов сальника были выявлены признаки гангренозного оментита. При лапароскопии всегда удается установить правильный диагноз и в большинстве наблюдений выполнить резекцию измененного сальника. В ряде случаев вторичных перекрутов в ходе лапароскопии можно также устранить этиологические факторы перекрута сальника.

Ключевые слова: перекрут сальника у детей, первичный перекрут, вторичный перекрут, хирургическое лечение, лапароскопия

Yu. Yu. Sokolov, S. V. Stonogin, S. A. Korovin, A. S. Trubitsyn, A. V. Vilesov, M. E. Shuvalov

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF OMENTUM TORSION IN CHILDREN

Russian medical Academy of postgraduate education; Tushinskaya children's city hospital; City Children's hospital of St. Vladimir, Moscow

Experience of treatment of 13 children is given in the real work with rare pathology of abdominal organs — torsion of omentum. Primary torsion of omentum was established at 10 children, secondary torsion — at 3 patients. At laparoscopy always it is possible to establish the correct diagnosis and in the majority of patients to execute resection of the changed omentum. In some cases of secondary torsions during laparoscopy it is possible to eliminate also etiologic factors of omentum torsions.

Key words: omentum torsion at children; primary torsion; secondary torsion; surgical treatment; laparoscopy

Перекрут большого сальника — редкое полиэтиологическое заболевание, являющееся одной из причин острых болей в животе у детей. Подобная патология встречается у 0,01—0,32% больных, экстренно оперированных на органах брюшной полости [1, 4]. Учитывая редкую частоту встречаемости данного состояния, мы решили проанализировать собственные

клинические наблюдения детей с перекрутом большого сальника.

Материал и методы

С 2007 по 2011 годы на лечении в Тушинской детской городской больнице и ДГКБ святого Владимира с перекрутом большого сальника находились на лечении 13 детей. Возраст

больных колебался от 1,5 до 13 лет и составил в среднем $9 \pm 1,8$ года. Мальчиков было 9, девочек — 5.

В экстренном порядке с подозрением на острый аппендицит в сроки от 5 до 72 ч от начала заболевания поступили 12 детей. При сборе анамнеза у большей части детей не было выявлено каких-либо провоцирующих боли в животе факторов. Только 1 мальчик за 3 сут до поступления в стационар на тренировке по каратэ получил удар ногой в живот. В плановом порядке с рецидивирующими болями в животе и выявленной при ультразвуковом исследовании (УЗИ) кистой брюшной полости поступил 1 ребенок.

В клинической картине у экстренно поступивших больных преобладали разной степени интенсивности боли в правой половине живота. В большинстве наблюдений боли были постоянного характера, иногда носили приступообразный характер. При поступлении положительные симптомы раздражения брюшины в правой подвздошной области были выявлены у 2 детей. Помимо болевого синдрома, у 3 детей наблюдались диспепсические расстройства: рвота, тошнота, жидкий стул. Температура тела во всех случаях была нормальной. Уровень лейкоцитов в крови колебался от $6,9$ до $17,3 \cdot 10^9/\text{л}$ и составил в среднем $11,5 \pm 2,4 \cdot 10^9/\text{л}$.

Только у одного экстренно поступившего больного при УЗИ в нижних отделах брюшной полости справа был обнаружен неоднородный по структуре инфильтрат с нечеткими контурами. Во всех остальных наблюдениях при сонографии патологических изменений в брюшной полости обнаружено не было.

В экстренном порядке были оперированы 12 детей. Показанием к проведению диагностической лапароскопии у них явилось сохранение абдоминального болевого синдрома, появление в процессе наблюдения симптомов раздражения брюшины, а также обнаружение при УЗИ инфильтрата в брюшной полости. Лапароскопия в плановом порядке была выполнена 1 ребенку с кистой брюшной полости.

Результаты и обсуждение

Для лапароскопии использовали 5-миллиметровый оптический троакар, который вводили под пупком, два других 5-миллиметровых троакара устанавливали над лоном и в левой подвздошной области. В ходе лапароскопии во всех наблюдениях в малом тазу был обнаружен геморрагический выпот в умеренном количестве. Перекрут фрагмента большого сальника на 720° без каких-либо других патологических находок был выявлен у 10 больных. Перекрут всего большого сальника на 360° с наличием гематомы в области круглой связки печени установлен у 1 больного с травмой живота. Перекрут сальника на 180° с наличием толстостенной кисты диаметром до 7 см имелся у 1 ребенка. Острый флегмонозный аппендицит с вовлечением в воспалительный инфильтрат перекрученной на 360° пряди сальника был обнаружен в 1 случае.

Перекрученные фрагменты сальника располагались в нижних отделах брюшной полости или правом боком канале, имели продольные размеры от 3 до 7 см, были темно-багрового или черного цвета, при этом всегда отчетливо определялась граница перекрута сальника (рис. 1, см. на вклейке).

Лапароскопическая резекция перекрученного участка большого сальника с применением монополярной коагуляции или петли Редера была выполнена в 12 наблюдениях, из них в 1 случае операция была дополнена аппендэктомией. Лапароскопическая резекция фрагмента большого сальника с кистой была выполнена у 1 больной (рис. 2, см. на вклейке). Для удаления из брюшной полости резецированных препаратов произ-

водили замену околопупочного 5-миллиметрового троакара на троакар большего диаметра.

Конверсия с переходом на верхнюю срединную лапаротомию и резекция всего большого сальника потребовались у больного с травмой живота и большими размерами инфильтрированного тотально перекрученного сальника.

Интра- и послеоперационных осложнений не было. Сроки лечения в стационаре варьировали от 5 до 15 сут и составили в среднем 7 дней. При гистологическом исследовании иссеченных фрагментов сальника во всех случаях были выявлены признаки нарушения кровообращения с развитием гангренозного оментита.

Впервые перекрут большого сальника описал Oberst в 1882 г. Различают первичные и вторичные перекруты сальника. Первичный перекрут сальника чаще встречается у мальчиков и возникает без каких-либо видимых причин. Клинические данные и операционные находки при этом исключают первичные патологические изменения в самом сальнике или в окружающих его органах [1]. Первичный перекрут сальника у детей чаще встречается в возрасте 9—16 лет, в младшей возрастной группе из-за малого количества жировой ткани в сальнике данное заболевание отмечено крайне редко.

Вторичный перекрут может возникать при наличии в сальнике кист, опухолей или гематом; при вовлечении сальника в инфильтрат при аппендиците, холецистите, воспалительных заболеваниях половых органов; при наличии спаек в брюшной полости, а также при фиксации сальника к послеоперационным рубцам, вокруг венотрикулоперитонеальных шунтов или в грыжевом мешке [1].

Различают также парциальный и тотальный перекрут сальника. Чаще встречается частичный перекрут сальника в области свободного края.

К предрасполагающим факторам перекрута сальника у детей относят анатомические особенности сальника, особенно его правой половины, заключающиеся в образовании отшнурованной подвижной концевой пряди в виде лепестка, наличии добавочной сальниковой вены, преобладании поперечного размера сальника над продольным, что приводит к возникновению более частого перекрута правой половины свободного края сальника [7, 8, 11]. Факторами, способствующими возникновению перекрута сальника, являются усиленная перистальтика, нарушение кровообращения застойного характера, резкое перемещение тела, быстрое напряжение мышц при поднятии тяжестей [1, 3]. К факторам риска возникновения перекрута сальника у детей относят ожирение, что подтверждается увеличением количества наблюдений перекрута сальника параллельно увеличению в последние годы детей с избыточной массой тела [9, 11, 15].

Среди описанных нами больных первичный перекрут сальника отмечен у 10 детей. Объективные причины перекрута у них установить не удалось, с другой стороны, большинство из них имели избыточную массу тела. Перекрут сальника в 3 случаях имел вторичный характер и возник вследствие закрытой травмы живота, перекрута врожденной кисты сальника и вовлечения сальника в инфильтрат при остром флегмонозном аппендиците.

Диагностика перекрута сальника очень трудна и нередко диагноз устанавливается во время операции [5, 6, 11]. Некоторые авторы категорически отвергают нали-

чие специфических для перекрута сальника симптомов, отличных от симптомов острого аппендицита. Чаще всего перекрут сальника у детей необходимо дифференцировать с острым аппендицитом или острой патологией органов малого таза у девочек [4, 8, 9].

При перекруте сальника больные предъявляют жалобы на остро возникшую боль, чаще в правой половине живота, тошноту, рвоту (однократную или многократную), головокружение. Часто боль появляется после обильного приема пищи, т. е. после резкого повышения внутрибрюшного давления. Боль в животе может быть без определенной локализации, разлитой, но может носить и приступообразный характер.

Клинические симптомы могут нарастать медленно, длительное время отсутствуют признаки интоксикации, и большая часть больных (до 85%) поступают не сразу, а через 1—4 сут от начала заболевания. Отмечается также расхождение между выраженностью болевого синдрома и удовлетворительным общим состоянием больных. По мнению ряда авторов, это объясняется богатой васкуляризацией большого сальника, устойчивостью жировой ткани к гипоксии, а также асептичностью процесса в течение нескольких суток.

При пальпации брюшной стенки выявляется болезненность в правой подвздошной области, но отсутствует мышечная ригидность. Перекрученный фрагмент сальника удается пропальпировать чрезвычайно редко. Температура тела может быть нормальной или субфебрильной. В общем анализе крови в начале заболевания нет изменений, при развитии некроза сальника и перитонита выявляется лейкоцитоз.

УЗИ обладает низкой чувствительностью и специфичностью при перекруте сальника [6, 12]. Иногда в брюшной полости удается выявить отечные, гиперэхогенные участки жировой ткани с нарушенным кровотоком, что среди оперированных нами детей имело место в 1 случае. Наиболее информативным методом диагностики перекрута сальника является лапароскопия, которая носит не только диагностический, но и лечебный характер [5, 14].

В литературе указывалось на возможность консервативного лечения больных с перекрутом сальника, но подобный подход может приводить к формированию абсцессов, развитию сепсиса и возникновению спаек [6, 7, 13]. Поэтому общепризнанным стандартом лечения остается хирургический метод. Резекция перекрученного сальника в пределах здоровых тканей значительно уменьшает количество осложнений и ускоряет реабилитацию детей [10]. Преимущества мини-инвазивного метода, которым является лапароскопия, неоднократно были описаны в литературе и не вызывают сомнения [2, 9, 12, 14, 16].

У всех леченых нами больных при лапароскопии удалось установить правильный диагноз. В 12 случаях из 13 резекция перекрученного сальника была завершена в мини-инвазивном варианте. При вторичных перекрутах одномоментно с резекцией сальника в 1 случае была выполнена лапароскопическая аппендэктомия, в другом наблюдении была иссечена врожденная киста сальника.

Выводы

1. Частота встречаемости перекрута большого сальника у детей крайне низка, заболевание обычно протекает под маской острого аппендицита.

2. Отсутствие у детей специфических клинических симптомов и низкая информативность УЗИ делают лапароскопию методом выбора в диагностике перекрута сальника.

3. С активным внедрением в клиническую практику лапароскопии в последние годы отмечается увеличение выявляемости детей с перекрутом сальника.

4. Лапароскопия позволяет не только установить диагноз, но и выполнить резекцию измененного сальника, а в случаях вторичных перекрутов устранить его этиологические факторы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деметрашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Микаберидзе З.В., Хуцишвили К.Р. Заворот большого сальника. Хирургия. 2005; 12: 57.
2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Смирнов А.Н., Аль-Машат Н.А., Чундокова М.А., Маннанов А.Г. и др. Лапароскопия в диагностике и лечении заболеваний большого сальника у детей. Эндоскопическая хирургия. 2003; 2: 17—20.
3. Кургузов О.П. О заворотах большого сальника. Хирургия. 2005; 7: 46—8.
4. Поддубный И.В., Трунов В.О. Диагностика и лечение заболеваний большого сальника у детей. Детская хирургия. 2002; 5: 42—3.
5. Телешов Н.В., Григорьева М.В., Леонтьев А.Ф. Перекрут сальника у детей. Детская хирургия. 2008; 1: 54—5.
6. Abadir J.S., Cohen A.J., Wilson S.E. Accurate diagnosis of infarction of omentum and appendices epiploicae by computed tomography. Am. Surg. 2004; 70 (10): 854—7.
7. Albuz O., Ersoz N. Primary torsion of omentum: a rare cause of acute abdomen. Am. J. Emerg. Med. 2010; 28 (115): 5—7.
8. Cervellione R.M. Secondary omental torsion in children: report of two cases and review of the literature. Pediatr. Surg. Int. 2002; 18 (2—3): 184—6.
9. Chan K.W. Laparoscopy: an excellent tool in the management of primary omental torsion in children. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. 2007; 17(6): 821—4.
10. Iintiang T., Gelderen W.F., Irwin R.J. Omental whirl: torsion of the greater omentum. ANZ. J. Surg. 2004; 74(8): 702—3.
11. Mavridis G. Primary omental torsion in children: ten-year experience. Pediatr. Surg. Int. 2007; 23(9): 879—82.
12. Nubi A., McBride W., Stringel G. Primary omental infarct: conservative vs operative management in the era of ultrasound, computerized tomography, and laparoscopy. J. Pediatr Surg. 2009; 44 (5): 953—6.
13. Perello M.J., Albasini J.L., Aledo S.V., Jimenez A.J., Pastor F.B., Arenas C.M. et al. Omental torsion: imaging techniques can prevent unnecessary surgical interventions. Gastroenterol. Hepatol. 2002; 25 (8): 493—6.
14. Sanchez J., Rosado R., Ramirez D., Medina P., Mezquita S., Gallardo A. Torsion of the greater omentum: treatment by laparoscopy. Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2002; 12 (6): 443—5.
15. Theriot J.A., Sayat J., Franko S., Buchino J.J. Childhood obesity: a risk factor for omental torsion. Pediatrics. 2003; 112 (6): 460—2.
16. Valioulis I., Tzallas D., Kallintzis N. Primary torsion of the greater omentum in children — A neglected cause of acute abdomen. Eur. J. Pediatr. Surg. 2003; 13(5): 341—3.

REFERENCES

1. Demetrashvili Z.M., Magalashvili R.D., Mikaberidze Z.V., Hucishvili K.R. Hirurgiya. 2005; 12: 57 (in Russian).
2. Dronov A.F., Poddubnyj I.V., Smirnov A.N., Al'-Mashat N.A., Chundokova M.A., Mannanov A.G. et al. Endoskopicheskaya hirurgiya. 2003; 2: 17—20 (in Russian).
3. Kurguzov O.P. Hirurgiya. 2005; 7: 46—8.
4. Poddubnyj I.V., Trunov V.O. Diagnostics and treatment of omentum diseases at children. Detskaya hirurgiya. 2002; 5: 42—3 (in Russian).
5. Teleshov N.V., Grigor'eva M.V., Leont'ev A.F. Detskaya hirurgiya. 2008; 1: 54—5 (in Russian).
6. Abadir J.S., Cohen A.J., Wilson S.E. Accurate diagnosis of infarction of omentum and appendices epiploicae by computed tomography. Am. Surg. 2004; 70 (10): 854—7.

7. *Albuz O., Ersoz N.* Primary torsion of omentum: a rare cause of acute abdomen. *Am. J. Emerg. Med.* 2010; 28 (115): 5—7.
8. *Cervellione R.M.* Secondary omental torsion in children: report of two cases and review of the literature. *Pediatr. Surg. Int.* 2002; 18 (2—3): 184—6.
9. *Chan K.W.* Laparoscopy: an excellent tool in the management of primary omental torsion in children. *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A.* 2007; 17 (6): 821—4.
10. *Itinteang T., Gelderen W.F., Irwin R.J.* Omental whirl: torsion of the greater omentum. *ANZ. J. Surg.* 2004; 74(8): 702—3.
11. *Mavridis G.* Primary omental torsion in children: ten-year experience. *Pediatr. Surg. Int.* 2007; 23(9): 879—82.
12. *Nubi A., McBride W., Stringel G.* Primary omental infarct: conservative vs operative management in the era of ultrasound, computerized tomography, and laparoscopy. *J. Pediatr Surg.* 2009; 44 (5): 953—6.
13. *Perello M.J., Albasini J.L., Aledo S.V. Jimenez A.J., Pastor F.B., Arenas C.M.* et al. Omental torsion: imaging techniques can prevent unnecessary surgical interventions. *Gastroenterol. Hepatol.* 2002; 25 (8): 493—6.
14. *Sanchez J., Rosado R., Ramirez D., Medina P., Mezquita S., Gallardo A.* Torsion of the greater omentum: treatment by laparoscopy. *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* 2002; 12 (6): 443—5.
15. *Theriot J.A., Sayat J., Franko S., Buchino J.J.* Childhood obesity: a risk factor for omental torsion. *Pediatrics.* 2003; 112 (6): 460—2.
16. *Valioulis I., Tzallas D., Kallintzis N.* Primary torsion of the greater omentum in children — A neglected cause of acute abdomen. *Eur. J. Pediatr. Surg.* 2003; 13(5): 341—3.

Поступила 06.12.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.364/367-007.271-053.3-07

В.А. Саввина, А.Р. Варфоломеев, В.Н. Николаев, А.Ю. Тарасов

БИЛИАРНАЯ АТРЕЗИЯ КАК ПРИЧИНА НЕОНАТАЛЬНОГО ХОЛЕСТАЗА

Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета, хирургическое отделение Педиатрического центра РБ № 1 НЦМ, Якутск

Саввина Валентина Алексеевна, savvinava@mail.ru

В структуре заболеваний гепатобилиарной системы у детей первых 6 мес жизни билиарная атрезия занимает ведущее место и составляет 45% [1]. Дифференциальная диагностика желтух у младенцев вызывает определенные трудности, с чем связано позднее направление ребенка в хирургический стационар. Ранняя диагностика заболевания чрезвычайно важна, так как исход лечения зависит от времени выполнения оперативного вмешательства. По данным разных авторов, пятилетняя выживаемость пациентов с билиарной атрезией после операции Касаи составляет 40—60%, десятилетняя — до 25—33%, двадцатилетняя — до 10—20% [5]. В последние годы появилась надежда на увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов с билиарной атрезией после трансплантации печени.

Ключевые слова: билиарная атрезия, младенцы, диагностика

V.A. Savvina, A.R. Varfolomeev, V.N. Nikolaev, A.Yu. Tarasov

BILIARY THERAPY AS THE CAUSE OF NEONATAL CHOLESTASIS

*Medical Institute, North-East Federal University
Pediatric Centre Regional Hospital No 1, Yakutsk*

Biliary atresia is a leading pathology in the structure of hepatobiliary diseases in children accounting for 45% of the total number of cases [1]. Differential diagnostics of jaundice in newborns encounters difficulties that explains late referral of such patients to a surgical clinic. Early diagnostics is of paramount importance because the outcome of treatment depends on the time of surgery. According to different authors, the 5, 10, and 20-year survival rate after the Kasai operation is 40-60, 25-33, and 10-20% respectively [5]. Recently, hope has emerged that life expectancy and quality in patients with biliary atresia can be improved by liver transplantation.

Key words: biliary atresia, newborn babies, diagnostics

Цель исследования — улучшение ранней диагностики атрезии желчевыводящих протоков у новорожденных и младенцев.

Билиарная атрезия представляет собой прогрессирующую облитерацию внепеченочных желчных протоков, развивающуюся во внутриутробном периоде с постепенным вовлечением в процесс внутрипеченочной желчной системы и формированием билиарного цирроза печени (Alagille D., 1984). Средняя частота выявляемости данной патологии составляет 1 случай на 10 000—13 000 новорожденных. Этиологическим фактором формирования билиарной атрезии в настоящее время с большей вероятностью рассматривается вирус ЦМВ-инфекции. По данным авторов [2], ДНК ЦМВ-вируса выявляется в биоптате печени в 80% случаев у больных с билиарной атрезией, в крови — в 25%, в моче — в 20% случаев. Предполагается, что неонатальный гепатит, билиарная атрезия и киста об-

щего желчного протока являются проявлением одного и того же воспалительного процесса, возникающего на разных сроках внутриутробного развития. Причиной развития цирроза печени при билиарной атрезии является внутриутробное поражение желчевыводящих протоков и печеночной паренхимы вследствие воздействия инфекционного агента — цитомегаловируса, в ряде случаев в ассоциации с другими вирусами. Поэтому констатация ЦМВ-инфекции у младенца с клиническим признаком желтухи не исключает, а, наоборот, настораживает в отношении возможной билиарной атрезии.

Материал и методы

За 10 лет (с 2003 по 2012 г.) в хирургическом отделении Педиатрического центра находились на обследовании и лечении 15 младенцев с билиарной атрезией. Больные, направленные из улусов республики и учреждений Якутска, рас-