

DOI: 10.31082/1728-452X-2024-240-4-28-32

УДК 616.2

ХОЛЕЛИТИАЗ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (клинический случай)

Н.Б. ДЖАКСЫМБАЕВ¹, <https://orcid.org/0009-0007-9197-4343>,О.Т. КОЧОРОВ², <https://orcid.org/0000-0001-9050-623X>,К.М. МУКАНБАЕВ³, <https://orcid.org/0000-0002-4602-0416>,Б.С. НИЯЗОВ⁴, <https://orcid.org/0000-0002-4951-2280>,М.З. САДАБАЕВ⁴, <https://orcid.org/0009-0007-1197-0323>¹ГКП на ПХВ «Кордайская ЦРБ» Жамбылской области, Кордай, Республика Казахстан,²Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызская Республика,³Национальный центр фтизиатрии, г. Бишкек, Кыргызская Республика,⁴Кыргызский Государственный Медицинский Институт Переподготовки и Повышения Квалификации им.С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызская Республика

РЕЗЮМЕ

Введение. Наше население подросткового возраста ведет малоподвижный образ жизни. Это пагубно влияет на функцию пищеварительной системы и приводит к сгущению желчи и, соответственно, образованию билиарного сладжа и камней. Выбор операции холецистэктомии у детей показан при обнаружении конкремента в желчном пузыре и наличии пороков развития желчевыводящих путей и печени или конкремента холедоха, а также конкремента билирубиновой природы в желчном пузыре. Всемирно принятым стандартом на сегодняшний день, как и во взрослой хирургии, является лапароскопическая холецистэктомия.

Цель исследования. Показать нарастающую проблему желчнокаменной болезни в детском возрасте и подтвердить «золотой стандарт» в оперативном лечении.

Материалы и методы. Представлен клинический случай из истории болезни архива Республиканской базы Damumed. Больная Д., 13 лет, поступил в клинику с диагнозом «Желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения».

Результаты. Патология желчнокаменной болезни и каменного холецистита у детей уже не является редким заболеванием. Современное диагностическое оборудование УЗИ, МРТ, РХПГА позволяет своевременно диагностировать и, главное, выбрать правильный метод оперативного лечения – лапароскопическую холецистэктомию.

Обсуждение результатов. Желчнокаменная болезнь у детей – это и социальная проблема, касающаяся профилактики, оперативного лечения и реабилитации детей. Начинаясь в детском возрасте, заболевание имеет прогрессирующее течение и может привести к грозным осложнениям в любом возрасте, которые чаще всего требуют оперативного удаления желчного пузыря.

Выводы. Желчнокаменная болезнь – полиэтиологическое заболевание, протекающее с характерными именно для детского возраста этиологическими и клиническими признаками и течением. Это вынуждает искать подходы к выявлению и дальнейшему выбору консервативного и оперативного методов лечения. И также, как у взрослого населения, «золотым стандартом» оперативного лечения у детей является лапароскопическая холецистэктомия.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, детский возраст, клиника, лапароскопия, диагностика, лечение, вес, питание.

Для цитирования: Джаксымбаев Н.Б., Кочоров О.Т., Муканбаев К.М., Ниязов Б.С., Садабаев М.З. Холелитиаз в детском возрасте (клинический случай) // Медицина (Алматы). 2024;4(240): 28-32. doi: 10.31082/1728-452X-2024-240-4-28-32

ТҮЖЫРЫМ

БАЛАЛАРДАҒЫ ХОЛЕЛИТИАЗ (клиникалық жағдай)

Н.Б. ЖАҚСЫМБАЕВ¹, <https://orcid.org/0009-0007-9197-4343>,О.Т. КОЧОРОВ², <https://orcid.org/0000-0001-9050-623X>,К.М. МҰҚАНБАЕВ³, <https://orcid.org/0000-0002-4602-0416>,Б.С. НИЯЗОВ⁴, <https://orcid.org/0000-0002-4951-2280>,М.З. САДАБАЕВ⁴, <https://orcid.org/0009-0007-1197-0323>¹Жамбыл облысының "Кордай ОАА" ШЖҚ КМҚ, Кордай, Қазақстан Республикасы,²Б. Ельцин атындағы Қырғыз-Ресей Славян Университеті, Бішкек қ., Қырғыз Республикасы,³Ұлттық Фтизиатрия орталығы, Бішкек қ., Қырғыз Республикасы,⁴С.Б. Данияров атындағы Қырғыз Мемлекеттік Медициналық қайта даярлау және біліктілікті арттыру институты., Бішкек қ., Қырғыз Республикасы

Кіріспе. Біздің жасөспірім тұрғындарымызда ас қорыту жүйесінің жұмысына теріс әсер ететін отырықшы өмір салты бар. Бұл жағдайда өт қышқылдарының бөлінуінің төмендеуі байқалады, холестерин мен фосфолипидтер өндірісінің бұзылуы, өттің қоюлануы байқалады. Бұл, әрине, өттің қоюлануына әкеледі және сәйкесінше биллиарлы тәттілер мен тастардың пайда

Контакты: Джаксымбаев Нурлан Булантаевич, аспирант кафедры общей хирургии Кыргызского Государственного Медицинского Института Переподготовки и Повышения Квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызская Республика. Заведующий отделением хирургии ГКП на ПХВ УЗА ЖО «Кордайская ЦРБ» Республика Казахстан, e-mail: ndzhaksymbaev@bk.ru

Contacts: Jaxyymbaev Nurlan Bulantaevich, postgraduate student of the Department of General Surgery of the Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training n.a. S.B. Daniyarov, Bishkek, Kyrgyz Republic, Head of the Department of Surgery of the State Clinical Hospital on the Right of Economic Management of the Korday District Hospital" of the Republic of Kazakhstan, e-mail: ndzhaksymbaev@bk.ru

Поступила: 12.12.2024
Принята: 20.12.2024

болуына әкеледі. Операция балалардағы холецистэктомия өт қабында конкреция және өт жолдары мен бауырдың даму ақауларының болуы немесе өт жолын тасы, сондай-ақ өт қабында билирубиндік сипаттағы конкремент анықталған кезде көрсетіледі. Бүгінгі күні бүкіл әлемде қабылданған стандарт, ересектер хирургиясындағыдай, лапароскопиялық холецистэктомия болып табылады.

Зерттеу мақсаты. Балалық шақта өт тас ауруының өсіп келе жатқан проблемасын көрсету және хирургиялық емдеуде "алтын стандартты" растау.

Материал және әдістері. Damumed республикалық базасы мұрағатының ауру тарихынан 13 жастағы науқастың клиникалық жағдай ұсынылған, ол клиникаға өт тас ауруы диагнозымен түскен. Созылмалы калькулезды холецистит өршу сатысында.

Нәтижелер. Балалардағы өт тас ауруы мен тас холециститінің патологиясы енді сирек кездесетін ауру емес. Заманауи диагностикалық жабдықтың арқасында ультратыбыстық, МРТ, РХПГА уақытылы диагноз қоюға мүмкіндік береді және ең бастысы хирургиялық емдеудің дұрыс әдісі – лапароскопиялық холецистэктомия таңдалады.

Нәтижелерді талқылауы. Балалардағы өт тас ауруы-бұл алдын алуға, хирургиялық емдеуге және оңалтуға қатысты балалардағы әлеуметтік мәселе. Балалық шақтан бастап ауру прогрессивті ағымға ие және кез-келген жаста ауыр асқынуларға әкелуі мүмкін және көбінесе өт қабын хирургиялық жолмен алып тастау қажет.

Қорытынды. Өт тас ауруы, балалық шаққа тән этиологиялық және клиникалық белгілері мен ағымы бар полиэтиологиялық ауру, бұл консервативті және хирургиялық емдеу әдістерін анықтау және одан әрі таңдау тәсілдерін іздеуге мәжбүр етеді. Сондай - ақ, ересектер сияқты, балалардағы хирургиялық емдеудің "алтын стандарты" - лапароскопиялық холецистэктомия.

Негізі сөздер: өт тас ауруы, балалық шақ, клиника, лапароскопия, диагностика, емдеу, салмақ, тамақтану.

Дәйексөз үшін: Жақсымбаев Н.Б., Кочоров О.Т., Мұқанбаев К.М., Ниязов Б.С., Садабаев М.З. Балалардағы холелитиаз (клиникалық жағдай) // Медицина (Алматы). 2024;4(240):28-32. doi: 10.31082/1728-452X-2024-240-4-28-32

S U M M A R Y

CHOLELITHIASIS IN CHILDHOOD (clinical case)

NB JAXYMBAYEV¹, <https://orcid.org/0009-0007-9197-4343>,
OT KOCHOROV², <https://orcid.org/0000-0001-9050-623X>,
KM MUKANBAYEV³, <https://orcid.org/0000-0002-4602-0416>,
BS NIYAZOV⁴, <https://orcid.org/0000-0002-4951-2280>,
MZ SADABAEV⁴, <https://orcid.org/0009-0007-1197-0323>

¹Korday District Hospital, Korday, Republic of Kazakhstan,

²Kyrgyz-Russian Slavic University n.a. B. Yeltsin, Bishkek, Kyrgyz Republic,

³National Center for Phthisiology, Bishkek, Kyrgyz Republic,

⁴Kyrgyz state medical institute of retraining and advanced training named after S. Daniyarov, Bishkek, Kyrgyz Republic

Introduction. Our adolescent population leads a sedentary lifestyle that adversely affects the function of the digestive system, which will certainly lead to bile thickening and, thereafter, to the formation of biliary sludge and stones. The choice of cholecystectomy surgery in children is indicated when a concretion is found in the gallbladder and the presence of malformations of the biliary tract and liver, or a concretion of choledochus, as well as a concretion of bilirubin nature in the gallbladder. The internationally accepted standard today, as in adult surgery, is laparoscopic cholecystectomy.

The study aimed to show the growing urgency of cholelithiasis in children and to confirm the "gold standard" of surgical treatment.

Material and methods. A clinical case from the medical history archive of the Damumed Republican database. Patient D., 13 years old, was admitted to the clinic with a diagnosis of "Cholelithiasis. Acute on chronic calculous cholecystitis".

Results. The pathology of cholelithiasis and stone cholecystitis in children is no longer rare. Modern diagnostic equipment – ultrasound, MRI, and CPGA – allows for timely diagnostics and, most importantly, choosing the right surgical treatment method, laparoscopic cholecystectomy.

Discussion of the results. Cholelithiasis in children is also a social problem related to the prevention, surgical treatment, and rehabilitation of children. With onset in childhood, the disease progression can lead to serious complications at any age and most often requires surgical removal of the gallbladder.

Conclusions. Cholelithiasis is a polyetiological disease that progresses in childhood with characteristic etiological and clinical signs and course. This urges the search for approaches to identify and further choose conservative and surgical treatment methods. And just like in the adult population, laparoscopic cholecystectomy is the "gold standard" of surgical treatment in children.

Keywords: cholelithiasis, childhood, clinic, laparoscopy, diagnosis, treatment, weight, nutrition.

For reference: Jaxymbayev NB, Kochorov OT, Mukanbayev KM, Niyazov BS, Sadabaev MZ. Cholelithiasis in childhood (clinical case). *Meditsina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2024;4(240):28-32. (In Russ.). doi: 10.31082/1728-452X-2024-240-4-28-32

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) у детей является острой темой детской гастроэнтерологии [1, 2, 3, 4]. В странах Северной Европы, Северной Америки и Западной Европы данная патология встречается у 10-15% людей старше 18 лет. Однако сегодня зафиксировано значительное увеличение количества пациентов с данной нозологией не только во взрослом, но и в детском возрасте [5]. В последнее десятилетие уровень заболеваемости ЖКБ у детей в Казахстане вырос в 10 раз. Среди множества управляемых факторов риска, предрасполагающих к ЖКБ, следует выделить раннее искусственное вскармливание, особенно на первом месяце жизни, питание, не соответствующее возрасту ребенка, и неконтролируемое назначение лекарственных средств. Основное значение в камнеобразовании у детей придается наследственным факторам в сочетании с общими обменными нарушениями и аномалиями развития желчевыводящей системы. Формирование конкрементов у детей не сопровождается острым воспалительным процессом в желчном пузыре. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта способствуют развитию ЖКБ у детей. Клиническая картина ЖКБ у детей дошкольного возраста напоминает приступ гипертонической дискинезии желчевыводящих путей, а у старших детей протекает под маской эзофагита, хронического гастродуоденита, язвенной болезни, аппендицита [6].

По данным статистики заболеваемости у детей, на ЖКБ приходится около 1% от общего числа патологий желудочно-кишечного тракта; при этом девочки страдают больше мальчиков.

Холелитиаз в детском возрасте все больше набирает обороты и становится значимой проблемой детских хирургов за счет роста заболеваемости. Данное заболевание часто протекает с нетипичной клинической картиной.

Риск развития ЖКБ увеличивается у детей, которые употребляют и предпочитают хот-доги, гамбургеры, булочки и сухари, а запивают это все газировкой, любят различные соусы и кетчуп.

В первую очередь необходимо выявить причины и факторы заболевания, так как даже оперативное лечение не может исключить повторное камнеобразование, если не устранена причина.

Разработаны целые протоколы лечения и ведения холелитиаза и дискинезии желчевыводящих путей, в основу которых входят коррекция образа жизни, диетотерапия, медикаментозная терапия [6].

Холцистэктомия показана при повторных выраженных болевых приступах, присоединении перитонеальных явлений, механической желтухе, отсутствии необходимого эффекта от консервативной терапии.

При выставлении показаний для оперативного лечения необходимо взвесить все «за» и «против». Наиболее оптимальным возрастом для проведения холцистэктомии является возраст 4-12 лет, когда отсутствие желчного пузыря не влияет на функциональную деятельность желчных путей и работу печени. У детей после 13-14 лет холцистэктомия делается только по экстренным показаниям, после консилиума врачей-хирургов.

Цель исследования – показать нарастающую проблему желчнокаменной болезни в детском возрасте и подтвердить «золотой стандарт» в оперативном лечении.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Протокол диагностики и лечения больных с ЖКБ encompasses в себе полный спектр клинико-диагностических исследований и содержит четкие показания для оператив-

ного вмешательства. Умелое использование клинических протоколов приводит к правильному выбору метода лечения и формы оперативного вмешательства.

Материалом исследования является история болезни из архива Республиканской базы Damumed. Больная Д., 13 лет, поступила в клинику с диагнозом «Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения».

Кейс: Больная Д., 13 лет.

Поступает в клинику с диагнозом «Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения».

Жалобы при поступлении: на периодические приступы боли в правом подреберье, горечь во рту, боли в шее и спине, рвоту желчью, частую тошноту.

Анамнез заболевания: со слов мамы и пациентки, ЖКБ болеет в течение нескольких месяцев, когда появились приступы боли в правом подреберье, связанные с погрешностью в диете. Неоднократно получала лечение в условиях хирургического стационара, с незначительным эффектом.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, родилась в срок, росла и развивалась соответственно возрасту, привита в срок. Социально-бытовые условия: удовлетворительные. Эпидемиологическое окружение – чистое. Перенесенные болезни и травмы: ОРЗ, инфекционные заболевания (кожно-венерологические болезни, вирусные гепатиты, туберкулез и др.) отрицает. Ранее гемотрансфузий не было.

Аллергологический анамнез: со слов мамы и пациентки, аллергических реакций на лекарственные препараты и продукты питания нет.

Объективные данные: общее состояние – относительно удовлетворительное. Температура тела – 36,6°C. Вес – 58 кг. Рост – 140 см. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение гиперстеническое.

Кожные покровы и видимые слизистые – чистые, обычной окраски. Подкожная клетчатка чрезмерно развита, отеков нет. Ногти здоровые, сухие. Лимфатические узлы не пальпируются. Органы чувств – без особенностей. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка – цилиндрическая. Участие грудной клетки в акте дыхания – симметрично. Голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон. Перкуссия легких – легочный звук. Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий в минуту – 18. Ритм, тип дыхания: правильный, брюшной.

При осмотре область сердца не изменена. Прекардиальной пульсации нет. Эпигастральной пульсации нет. Видимых на глаз пульсаций нет. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье. Набухание шейных вен нет. Границы сердца в пределах нормы. Сосудистый пучок в пределах нормы. Аускультация сердца: тоны сохранены, ритмичны, шумов нет, I тон сохранен, II тон сохранен. Артерии: пульсация сохранена, симметрична. Вены не набухшие. Пульс: ритм правильный, частота 82 в мин., дефицита пульса нет. Артериальное давление – 110/70 мм рт. ст.

Мочиспускание свободное, моча, со слов больной, прозрачная, количество обычное. Симптом поколачивания по XII ребру – отрицательный. Пальпация почек – не пальпируются. Мочевой пузырь – без особенностей.

Щитовидная железа не увеличена. Сознание ясное, ориентирована в месте, времени, собственной личности. Память сохранена. Интеллект соответствует возрасту. Мнительности нет. Внушительности нет. Речь внятная. Патологических рефлексов нет. Дермографизм – красный, нестойкий.

Локальный статус: слизистая полости рта – обычной окраски. Зубы не санированы. Язык влажный, обложен желтушным налетом. Зев спокоен. Миндалины обычной окраски. Живот обычных размеров, мягкий, болезненный в правом подреберье при глубокой пальпации. Положительные симптомы Ортнера, Кера. Перитонеальных симптомов нет. Печень – границы в норме. Селезенка не увеличена. Стул, со слов, нормальный.

В отделении общей хирургии ребенок подготовлен на оперативное лечение.

Дата и время операции: начало: 15.01.2025 12:20, конец 15.01.2025 13:00.

Д/з до операции: (K80.1) Камни желчного пузыря с другим холециститом.

Д/з после операции: (K80.1) Камни желчного пузыря с другим холециститом.

(51.23) Лапароскопическая холецистэктомия.

Протокол операции: после обработки операционного поля трижды раствором повидона и инсуффляции брюшной полости CO_2 введены троакары в типичных местах. При ревизии брюшной полости к желчному пузырю припаян участок большого сальника – тупым, острым путем освобожден. Печень макроскопически не изменена, желчный пузырь не напряжен, размером 6,0х3,0 см, заполнен сладжем и конкрементом 0,6х0,8 см. Мобилизация шейки желчного пузыря. С техническими трудностями выделены d. et a. Cysticus, наложены клипсы. Произведена холецистэктомия. Холедох не расширен. Ложе пузыря коагулировано. Гемостаз – сухо. Оставлена дренажная трубка в подпеченочном пространстве. Желчный пузырь удален через параумбиликальный разрез. Швы наложены на апоневроз, кожу. Спирт. Асептическая повязка. Объем кровопотери: 30,0. Осложнений нет.

Макропрепарат: желчный пузырь не напряжен, размером 6,0х3,0 см, заполнен сладжем и конкрементом 0,6х0,8 см (рис. 1).



Рисунок 1 – Конкремент желчного пузыря

Лабораторно-диагностические исследования

Из амбулаторного обследования:

ОАК: эритроциты – $4,7 \cdot 10^{12}$; гемоглобин – 130 г/л; ЦП – 0,9; лейкоциты – $6,2 \cdot 10^9$; палочкоядерные – 1%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; лимфоциты – 21%; сегментоядерные – 71%; СОЭ – 5 мм/ч. ОАМ: цвет – с/ж; прозрачность – полная; реакция – кислая; белок – следы; плоский эпителий – 1-2 в поле зрения; лейкоциты – 0-1 в поле зрения; изменённые эритроциты – ед. в поле зрения.

Биохимические анализы: сахар в крови – 5,2 ммоль/л; мочевина – 3,6 ммоль/л; креатинин – 40 мкмоль/л; АЛТ – 38,9; АСТ – 25; общий билирубин – 11,47 мкмоль/л, пря-

мой билирубин – 3,6 ммоль/л, холестерин – 3,1, амилаза крови – 51,3, общий белок – 73 г/л; группа крови – А(II) вторая, Rh⁺ положительная.

Инструментальные исследования. ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС – 84 в минуту. Горизонтальное положение – ЭОС.

УЗИ и КТ органов брюшной полости: данные за ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Консультации специалистов: осмотр ВОП. Соматически здорова. Противопоказаний к операции нет.

Гистология: стенки желчного пузыря с пролиферацией и инфильтрацией.

При выписке общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, прослушивается одинаково по всем полям. ЧД=17 в мин. Сердечные тоны ясные, ЧСС= 72 уд. в мин., пульс ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом «поколачивания» по XII ребру отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

Status localis на момент выписки: язык влажный, чистый. Живот симметрично участвует в акте дыхания пальпаторно мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Рана чистая, швы состоятельные. Отека, гиперемии нет. Пациентка в удовлетворительном состоянии выписывается домой для дальнейшего амбулаторного наблюдения у хирурга. Ребенок далее направлен к участковому врачу. Рекомендовано диспансерный учет, диета – стол №5а.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Можно подвести итог, что патология ЖКБ и каменного холецистита у детей уже не является редким заболеванием. Современное диагностическое оборудование позволяет своевременно диагностировать заболевание и, главное, выбрать правильный метод лечения. При этом эталоном оперативного лечения желчнокаменной болезни у детей является лапароскопическая холецистэктомия.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Выпущено большое количество научных трудов, опубликовано множество статей о ЖКБ у детей [2, 3, 5, 6]. Но все, к сожалению, содержат очень немного данных о профилактике и лечении, которые могли бы снизить заболеваемость ЖКБ в детском возрасте. Необходимо серьезно заняться проблемой ожирения и других эндокринных патологий у детей и подростков. При этом следует отметить, что быстрое снижение индекса массы тела также способствует образованию желчных камней. Необходимы дальнейшие исследования, которые могут привести к разработке методов профилактики желчных камней у детей.

Рост заболеваемости ЖКБ у детей вызывает все больше проблем, связанных с этой патологией. На заболеваемость детей холелитиазом влияют как генетические, так и экологические факторы, такие как воздействие определенных лекарственных препаратов, например цефтриаксона или окреотида. Кроме того, вероятность образования желчных камней может увеличиваться при наличии предрасполагающих заболеваний, таких как почечнокаменная болезнь, врожденный нефротический синдром, гипотиреоз, сахарный диабет.

Наличие желчных камней в желчном пузыре и хронические холециститы у детей сегодня на особом контроле у детских хирургов-гастроэнтерологов [7, 8]. ЖКБ у детей – это и социальная проблема, касающаяся профилактики, лечения и реабилитации детей. Начинаясь в детском

возрасте, заболевание имеет прогрессирующее течение и может закончиться оперативным лечением в любом возрасте.

ВЫВОДЫ

Желчнокаменная болезнь – полиэтиологическое заболевание, протекающее с характерными именно для детского возраста этиологическими и клиническими признаками и течением. Это вынуждает искать подходы к выявлению и дальнейшему выбору консервативного и оперативного методов лечения. И также, как у взрослого населения, «золотым стандартом» оперативного лечения у детей является лапароскопическая холецистэктомия. Статья имеет практическое значение в качестве примера

для расширения применения лапароскопической холецистэктомии у детей в условиях районных клиник.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской помощи.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Авторы не получали гонорар за исследование.

Вклад авторов

Все авторы принимали равное участие в разработке концепции и дизайна исследования; анализе и обработке данных; написания первого варианта статьи; в окончательном утверждении статьи для печати.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вольнец Г.В., Потапов А.С., Скворцова Т.А., Сергеев Е.Ю., Никитин А.В. Современный взгляд на этиологию желчнокаменной болезни у детей // Доказательная гастроэнтерология. 2024;13(4):59–68. <https://doi.org/10.17116/dokgastro20241304159>
2. Hasan Karami, Hamid Reza Kianifar, Shahryar Karami. Cholelithiasis in Children: A Diagnostic and Therapeutic Approach // J Pediatr Rev. 2017;5(1):45–50. doi: 10.17795/jpr-9114
3. Алянгин В.У., Сатаев В.У., Алянгина В.В. Оптимизация диагностики лечения желчнокаменной болезни у детей // Лечащий врач. 2020;5:48–53. doi: 10.26295/OS.2020.52.79.009
4. Комаров Ф. И., Гребенев А.Л., Хазанов А.И. Руководство по гастроэнтерологии. Болезни печени и билиарной системы. М.: Медицина, 1995: 417–442 с.
5. Enayet A, Afifi RA, Mogahed EA, et al. Gallstones in Egyptian infants and children, risk factors, complications and outcomes: a single center experience // Egypt Liver Journal. 2020;10:31. doi: 10.1186/s43066-020-00037-9
6. Роскидайло Е.В., Зевреев Р. И. Особенности клиники, диагностики и лечения желчнокаменной болезни, холедохолитиаз у детей. VII съезд КАЭК. Сборник тезисов и статей. 2018. С. 41.
7. Березко Н.А., Берикова Э.А., Ерманов Е.Ж., Каракетова Н.М., Кобцева В.Ю., Краморенко Ю.С., Малик Б.К., Мухамбетов С.М., Надилов Б.Н., Романчик А.А., Сагатова Г.С., Хусаинов Т.Э., Ячменев В.М. Протоколы диагностики и лечения заболеваний. Алматы, 2006. С.128–132.
8. Питер Ш.С., Козлов Ю.А. Болезни желчного пузыря у детей — современный взгляд детского хирурга (систематический обзор) // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2020;10(1):7–16. <https://doi.org/10.17816/psaic650>

REFERENCES

1. Volynets GV, Potapov AS, Skvortsova TA, Sergeenko EYu, Nikitin AV. Modern view on the etiology of gallstone disease in children. *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*. 2024;13(4):59–68. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/dokgastro20241304159>
2. Hasan Karami, Hamid Reza Kianifar, Shahryar Karami. Cholelithiasis in Children: A Diagnostic and Therapeutic Approach. *J Pediatr Rev*. 2017;5(1):45–50. doi: 10.17795/jpr-9114
3. Alyangin VU, Sataev VU, Alyangina VV. Optimization of diagnosis and treatment of cholelithiasis in children. *lehashchii vrach = Attending doctor*. 2020;5: 48–53. (In Russ.). doi: 10.26295/OS.2020.52.79.009
4. Komarov FI, Grebenev AL, Khazanov AI. *Rukovodstvo po gastroenterologii. Bolezni pecheni i biliarnoi sistemy*. [Guide to gastroenterology. Diseases of the liver and biliary system]. M.: Medicine, 1995. pp. 417–442
5. Enayet A, Afifi RA, Mogahed EA, et al. Gallstones in Egyptian infants and children, risk factors, complications and outcomes: a single center experience. *Egypt Liver Journal*. 2020;10:31. doi: 10.1186/s43066-020-00037-9
6. Roskidailo EV, Zevreev R I. *Osobennosti kliniki, diagnostiki i lecheniia zhelchnokamennoi bolezni, kholodokholitiaz u detei. VII siezd KAEKh. Sbornik tezisev i statei*. [Features of the clinic, diagnosis and treatment of cholelithiasis, choledocholithiasis in children. VII Congress of the CAEC]. 2018: p. 41
7. Berezko NA, Berikova EA, Ermanov EZh, Karaketova NM, Kobtseva VYu, Kramorenko YuS, Malik BK, Mukhambetov SM, Nadirov BN, Romanchik AA, Sagatova GS, Khusainov TE, Yachmenev VM. *Protokoly diagnostiki i lecheniia zabolevaniy* [Diagnostic and treatment protocols diseases]. Almaty, 2006. 128–132 pp.
8. St. Peter S, Kozlov YuA. Diseases of the gallbladder in children — modern view of pediatric surgeon (systematic review). *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2020;10(1):7–16. doi: <https://doi.org/10.17816/psaic650>

Сведения об авторах:

Джаксымбаев Нурлан Булантаевич, аспирант кафедры общей хирургии Кыргызского Государственного Медицинского Института Переподготовки и Повышения Квалификации им.С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызская Республика, заведующий отделением хирургии ГКП на ПХВ УЗА ЖО «Кордайская ЦРБ» Республика Казахстан, e-mail: ndzhaksymbaev@bk.ru;

Кочоров Орозалы Тайтокурович, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной и факультетский хирургии, Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызская Республика. SPIN-3363-7786, e-mail: Kochorov57@mail.ru;

Муканбаев Касымбек Муканбаевич, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель хирургических отделений Национального центра фтизиатрии, г. Бишкек, Кыргызская Республика. e-mail: kasymbekm@list.ru;

Ниязов Батырхан Сабитович, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Кыргызского Государственного Медицинского Института Переподготовки и Повышения Квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызская Республика, e-mail: niyazov1949@mail.ru;

Садабаев Максат Замирович, аспирант кафедры общей хирургии Кыргызского Государственного Медицинского Института Переподготовки и Повышения Квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызская Республика, e-mail: Maksat.zamirov80@gmail.com.