

Желчнокаменная болезнь у детей: современные представления, варианты терапии и профилактика

Н.Б. Думова, В.Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова, Е.В. Редозубов

Военно-медицинская академия, КДЦД, ДГБ № 1, Санкт-Петербург

Заболевания желчевыводящей системы (ЖВС) играют значимую роль в структуре детской патологии. По данным разных авторов, частота их составляет от 55 до 80% среди детей с патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1, 2, 5, 6]. В последние годы существенно изменились подходы к диагностике и лечению заболеваний ЖВС у детей. Это, в первую очередь, обусловлено появлением новых медицинских технологий, позволяющих диагностировать заболевания на ранних стадиях.

В структуре заболеваний ЖВС у детей несомненный приоритет принадлежит функциональным нарушениям. Среди заболеваний органической природы все большее значение приобретает желчнокаменная болезнь (ЖКБ), частота которой в детском возрасте увеличивается из года в год. К сожалению, знания педиатров по этой теме в целом ряде случаев оказываются недостаточными, поэтому главной задачей настоящей статьи является восполнение в определенной степени информационного дефицита по заявленной теме. Особенно актуальна, на наш взгляд, проблема выбора приоритетных направлений лечебной тактики, а также разработка комплекса профилактических мероприятий для пациентов группы риска.

Эпидемиология

ЖКБ является достаточно частой патологией у взрослых, составляя примерно 10–20% в общей популяции (в Японии и Великобритании – до 10%, в некоторых регионах Чили – до 80%). Как правило, женщины болеют в 2–3 раза чаще мужчин. Существует своеобразная формула предрасположенности к ЖКБ, т.н. «риск-ситуация 5F»: female (женщина), fair (светловолосая), forty (старше 40 лет), fat (тучная), fertile (многократно рожавшая).

Среди заболеваний пищеварительной системы удельный вес ЖКБ у детей нашей страны составляет более 1%. Последние 10 лет характеризуются не только ростом частоты этой патологии в десять раз, но и явным ее омоложением. Все чаще холелитиаз диагностируют у детей первых трех лет жизни, а в отдельных случаях даже у детей грудного возраста и новорожденных. В младшей возрастной группе (до 7 лет) мальчики болеют чаще девочек. К 10–12 годам частота выравнивается, а в пубертатном и подростковом периодах заболеваемость ЖКБ у девочек превышает таковую у мальчиков в 2 раза [1, 6, 8].

Этиология

ЖКБ на сегодняшний день рассматривают как болезнь печени, для которой характерно наличие дефекта в механизме синтеза или переноса липидов желчи с формированием конкрементов в желчном пузыре и/или желчных протоках.

Этиологическая структура ЖКБ у детей многогранна, и в ней выделяют несколько основных факторов:

- наследственная предрасположенность (HLA: B12, B18, A9, A11, A26, Cw3, Cw4);
- заболевания (состояния), сопровождаемые длительным гемолизом;
- врожденные аномалии развития желчевыводящих путей;
- патология двенадцатиперстной кишки, дуоденостаз;

- нарушения липидного обмена (избыточный вес, дислипидемии);
- эндокринные заболевания, дисгормональные нарушения;
- длительное парентеральное питание;
- резекция толстой кишки (особенно в области илеоцекального угла), болезнь Крона (илеит);
- хронические запоры;
- муковисцидоз, целиакия;
- резкая потеря массы тела.

В качестве дополнительных факторов обсуждаются:

- употребление в пищу большого количества рафинированных углеводов, жиров, легкоусвояемых белков, консервантов наряду с дефицитом в рационе овощей, фруктов, витаминов, пищевых волокон;
- ранний перевод детей на искусственное вскармливание, в результате чего они не получают в достаточном количестве определенных веществ (например, таурина), препятствующих развитию гиперлипидемии, гиперинсулинемии, ожирения;
- экологическое неблагополучие;
- нарушение режима дня и питания;
- гиподинамия;
- алкоголизм, курение, токсикомания.

Патогенез

Камни, образующиеся в ЖВС, традиционно принято делить на «холестериновые» и «пигментные». Последние, в свою очередь, подразделяются на «черные» и «коричневые».

1. Патогенез образования холестериновых камней.

В нормальной желчи холестерин находится в растворенном состоянии. Этому способствуют желчные кислоты (холевая, деоксихолевая и хенодеоксихолевая), а также фосфолипиды (лецитин), которые образуют с холестерином специальные комплексы под названием *мицелла*. В последние годы доказано наличие в желчи т.н. «липидных пузырьков», способных связывать большое количество холестерина [1, 3, 4, 6, 7, 8].

В случае снижения концентрации в желчи этих компонентов создаются условия для выпадения холестерина в осадок и его кристаллизации. Определенное значение в формировании камней имеет исходно повышенная концентрация холестерина в желчи, что бывает при ожирении, сахарном диабете, беременности. Описаны и врожденные варианты гиперхолестеринемии [2].

Существенную роль в процессе формирования камней играет инфекционный фактор. Так, при попадании инфекционных агентов в ЖВС, например, с соком поджелудочной железы, активизируется фермент фосфолипаза А, расщепляющая лецитин. Образовавшийся в результате этого лизолецитин не способен в достаточной мере связывать холестерин.

Большое значение в процессе литогенеза имеет холестаз, при котором в желчном пузыре (ЖП) усиливается всасывание воды и увеличивается концентрация солей. Существенно увеличивает риск холелитиаза воспаление ЖП и желчных протоков. При этом резко снижается концентрация желчных кислот в желчи в результате их всасывания. Кроме того, воспаленная слизистая

выделяет много белка и солей кальция. Белок может стать основой камня, а соли кальция – своеобразной «коркой».

2. Патогенез формирования пигментных (билирубиновых) камней.

«Черные» камни образуются преимущественно в ЖП вследствие повышения концентрации в нем билирубината кальция. Это происходит в результате гидролиза эндогенной β -глюкуронидазой несвязанного билирубина в ЖП. Известны две главные причины избыточного выделения связанного билирубина: внутрисудистый гемолиз и внутрипеченочная циркуляция билирубина (при болезни Крона, фиброзе желчного пузыря и др.).

«Коричневые» камни могут образоваться в любом месте ЖВС, чаще на фоне заражения анаэробными бактериями. Механизм их образования достаточно сложен. Важным является тот факт, что подобные камни чаще имеют смешанную структуру и состоят как из билирубина, так и из холестерина [1, 3, 4, 6].

Патологическая анатомия

Не секрет, что наиболее частым диагнозом у взрослых в случае обнаружения камней в ЖП является «калькулезный холецистит». В педиатрической практике с подавляющей частотой встречается диагноз «ЖКБ». В последнем случае как бы подразумевается, что имеется камень, а ЖП как таковой интактен. Морфологические исследования последних лет развеяли эту иллюзию, доказав, что в большинстве случаев камнеобразования у детей имеется холецистит той или иной степени выраженности [1, 2].

Ведущим механизмом воспалительного процесса в стенке ЖП у детей является активация процессов склерозирования органа на фоне снижения пролиферации фибробластов и образования зрелых форм коллагена. Усиливаются также дистрофические процессы как в собственной пластинке слизистой оболочки, так и в мышечной стенке. Большое значение в поддержании воспаления имеют нарушения микроциркуляции.

Классификация

В 2002 году была предложена новая классификация ЖКБ, разработанная в Российском Институте Гастроэнтерологии [6]. На наш взгляд, классификация отражает уровень современных знаний о механизмах холелитиаза и особенностях клинической картины ЖКБ.

I стадия – начальная, или предкаменная:

- А) густая неоднородная желчь;
- Б) формирование билиарного сладжа (микролиты, замазкообразная желчь и их сочетание).

II стадия – формирование желчных камней:

- А) по локализации (в желчном пузыре, общем желчном протоке, печеночных протоках);
- Б) по количеству конкрементов (одиночные, множествен.);
- В) по составу (холестериновые, пигментные, смешанные);
- Г) по клиническому течению:
 - а) латентное,
 - б) с наличием клинических симптомов:
 - болевая форма с типичными желчными коликами,
 - диспепсическая форма,
 - под маской других заболеваний.

III стадия – хронический рецидивирующий калькулезный холецистит.

IV стадия – осложнения.

Клиническая картина

Современные данные свидетельствуют о том, что более половины случаев ЖКБ у детей (до 65%) приходится на I и II стадии заболевания, т.е. камни при этом являются «молчаливыми» и диагностируются случайно при УЗИ.

Стадия клинической манифестации характеризуется появлением острых или тупых абдоминальных болей различной интенсивности. По локализации преобладающими являются боли в эпигастрии, пилорoduodenальной зоне, в области пупка, правом подреберье. При детальном сборе анамнеза можно выявить некоторые возрастные закономерности болевого синдрома.

В частности, дети дошкольного и младшего школьного возраста чаще жалуются на боли вокруг пупка или по всему животу. Дети среднего школьного возраста периодически предъявляют жалобы на боли в эпигастрии и пилорoduodenальной зоне. Типичные для взрослых людей с холелитиазом боли в правом подреберье выявляются в основном у детей пубертатного возраста [1].

Характер болевого синдрома во многом определяется локализацией камня в ЖП. Известно, что область дна пузыря является наименее чувствительной («немая зона»), и потому камни, расположенные в этом месте, чаще всего не вызывают болей. При локализации конкрементов в области тела пузыря болевой синдром выражен умеренно. Наибольшей чувствительностью обладают шейка ЖП, пузырный проток и холедох, поэтому камни, расположенные в этих зонах, часто дают типичную клиническую картину желчной колики.

Определенное значение в развитии клинической картины при ЖКБ у детей имеет подвижность конкрементов в полости пузыря. В частности, дети с большими неподвижными конкрементами чаще предъявляют жалобы на ноющие боли в правом верхнем квадранте живота. Подвижные (флотирующие) конкременты могут стать причиной возникновения острых болей неопределенной локализации.

Следует помнить о том, что в клинической практике не так уж часто встречаются чисто «пузырные» жалобы. У многих детей школьного и подросткового возраста может возникать своеобразная «интерференция» симптомов за счет присоединения признаков поражения пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки.

Диагностика

1). Большое значение имеет правильно собранный анамнез, в частности, особенности наследственной предрасположенности к холе- и уrolитиазу. При объективном осмотре у большинства детей не стоит ожидать каких-либо специфических находок. При пальпации живота часто определяются болезненность в эпигастрии, правом подреберье, положительные пузырьные симптомы; возможно увеличение печени на 1–2 см. Выраженность этих признаков во многом зависит от степени нарушения желчеоттока.

2). Лабораторные методы диагностики не являются решающими в постановке диагноза ЖКБ у детей. Некоторое значение может иметь определение в крови повышенного уровня маркеров холестаза, уровня триглицеридов (уровень общих липидов при этом может несколько снижаться). С целью уточнения генеза формирования конкрементов целесообразно определение маркеров латентного гемолиза.

3). УЗИ по праву считается скрининговым методом в диагностике ЖКБ как у детей, так и у взрослых. Чувствительность его при локализации конкрементов в ЖП превышает 97%, а в случае наличия акустической тени достигает 99% [1, 6, 7].

На эхограммах конкременты ЖП представляют собой ярко выраженные гиперэхогенные включения различной формы и размера. Обычно в силу тяжести камень располагается у задней стенки пузыря, но может и «плавать», если в его составе присутствует большое количество холестерина или газ.

Яркость ультразвукового сигнала от камня зависит от его химического состава. Мягкие холестериновые камни практи-

чески не дают акустической тени в отличие от камней, содержащих в своем составе кальций, в таком случае всегда имеет- ся яркий акустический сигнал дорожки.

При тотальном заполнении ЖП камнями ни сам пузырь, ни камни часто не удается визуализировать из-за значительного отражения сигнала. В таких случаях только наличие широкой ультразвуковой тени позволяет сделать предположение о наличии множественных конкрементов.

При перемене положения тела конкремент свободно перемещается в просвете пузыря. Смещения не происходит в случае «включенного» камня в шейке пузыря или при очень малых его размерах, когда он «прилипает» к стенке. Особенно часто это происходит при наличии «грязной» желчи, когда осадок выглядит как замазка.

У детей конкремент очень редко фиксируется к стенке ЖП. При обнаружении гиперэхогенного образования на стенке ЖП необходимо проводить дифференциальную диагностику между камнем и полипом. Последний может являться результатом гиперпластического холестериноза ЖП, причина которого – избыточное накопление триглицеридов и холестерина в стенке органа [6, 7]. Полип, как правило, визуализируется в виде одиночного образования небольшого размера (2–5 мм), не дает акустической тени, имеет четкие контуры и плотно фиксирован на стенке. В очень редких случаях полип может содержать кальцината, в результате чего образуется легкая акустическая дорожка. Сочетание полипа и камня ЖП встречается у детей довольно редко, но обычно требует оперативного вмешательства.

4). Среди рентгенологических методов для выявления рентгеноконтрастных конкрементов в области правого подреберья наиболее часто используется обзорная рентгенограмма брюшной полости. Считается, что большая или меньшая контрастность камня зависит от содержания в нем кальция. Преимущественно холестериновые камни либо вовсе не видны на обзорном снимке, либо визуализируются в виде размытой, нечеткой тени. Камни, содержащие билирубинат кальция, и камни смешанного (холестерино-пигментно-известкового) состава, напротив, хорошо видны на рентгенограмме.

5). Компьютерная томография позволяет визуализировать даже мелкие конкременты (преимущественно кальциевые) диаметром до 1–2 мм. Однако «мягкие» конкременты, не содержащие кальция, визуализируются только после введения контрастного вещества. При размере конкремента более 5 мм возможно описание его структуры. Более информативными методами обследования, особенно для оценки проходимости внепеченочных желчных протоков, являются спиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная холеграфия [3, 4].

6). «Золотым стандартом» диагностики холедохолитиаза считают эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), имеющую, однако, высокий риск осложнений [3].

Лечение

Прежде чем начинать активные лечебные действия, педиатру необходимо ответить на вопрос: «Что делать: вести консервативно или оперировать?». Четких рекомендаций по этому поводу не существует, однако есть негласное правило: не оперировать ребенка со случайно выявленным камнем в ЖП до развития характерной клинической картины ЖКБ. Автор этой концепции неизвестен, и строгого научного обоснования она не имеет. Скорее, такая тактика – продукт общей настороженности педиатров и детских гастроэнтерологов к оперативному лечению вообще.

Аргументы сторонников консервативного ведения пациентов с ЖКБ можно свести к следующим положениям:

- имеется определенный риск интра- и послеоперационных осложнений при хирургическом лечении;

- не исключена возможность формирования внутрипротокового литиаза после холецистэктомии;

- в результате холецистэктомии возможно нарушение нейрогуморальной регуляции процессов желчеобразования и желчевыделения в связи с нарушением регуляции давления в гепатобилиарной системе;

- велика вероятность формирования постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС);

- существует определенный риск неблагоприятного течения послеоперационного периода при проведении холецистэктомии в пубертатном возрасте;

- холецистэктомия не устраняет саму причину формирования конкрементов (синтез литогенной желчи гепатоцитами) [1, 2].

В случае принятия решения о консервативном лечении ребенка первоочередной задачей является составление адекватной программы диетической коррекции. Как правило, назначается стол № 5 с добавками в виде овощей, фруктов и других продуктов функционального питания (пищевых волокон), в том числе с целью профилактики запоров. Большое значение имеет включение в рацион ребенка продуктов, благоприятно влияющих на состояние микробиоценоза толстой кишки – кисломолочных продуктов с биодобавками («Бифидок», «Бифилайф», «Ацидобиофиллин» и др.), биологически активных добавок (БАД) с пребиотическим эффектом («Эубикор»).

Из общережимных моментов следует отметить регулярный прием пищи без длительных перерывов, ограничение (но не полное запрещение) физических нагрузок, необходимость соблюдения режима дня с полноценным сном соответственно возрасту ребенка, охранительный режим в плане психоэмоциональных влияний и т.д.

При построении программы медикаментозного лечения педиатру необходимо ответить еще на один вопрос: «Будем проводить литолитическую терапию или нет?»

Положительный ответ на этот вопрос возможен только при соблюдении следующих условий: 1) обнаружение у ребенка «мягких», рентгенонегативных конкрементов (конкремента); 2) диаметр их не должен превышать 10 мм; 3) пузырьная локализация камней; 4) при наличии мелких камней они не должны занимать более половины объема ЖП; 5) сохранена сократительная способность желчного пузыря и проходимость желчных протоков; 6) желание и возможности родителей, поскольку лечение может оказаться длительным и дорогостоящим.

Рассматривая проблему «от обратного», можно перечислить основные противопоказания к проведению медикаментозного растворения камней: 1) «плотные», рентгеноконтрастные камни; 2) диаметр их более 20 мм, 3) «отключенный» желчный пузырь; 4) острый холецистохолангит; 5) хронический панкреатит; 6) хронический гепатит; 7) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и др.

Наиболее перспективным для консервативного лечения является выявление заболевания на стадии билиарного сладжа (БС). По данным литературы, диетическая коррекция и своевременное назначение специфической литолитической терапии, а также спазмолитиков и желчегонных препаратов приводит к полному исчезновению сладжа более чем в 70% случаев. Правда, в подобных ситуациях педиатр неизбежно сталкивается с необходимостью ставить диагноз ЖКБ фактически в «докаменной» стадии, что может вызвать определенные организационные трудности.

Перечень литолитических препаратов невелик и включает в себя производные урсодеооксиголевой кислоты (УДХК), из которых наиболее широко известен препарат «Урсофальк». Лечебные эффекты УДХК следующие:

- антихолестатический – устраняет все виды внутрипеченочного холестаза – как внутридольковый, так и протоковый;

- литолитический – растворяет холестериновые камни в желчном пузыре и предупреждает образование новых конкрементов;
- гипохолестеринемический – снижает содержание холестерина в крови;
- гепатопротективный и антиоксидантный – защищает клетки печени от гепатотоксических факторов;
- мембраностабилизирующий – за счет образования непольных димеров и включения в клеточные мембраны;
- цитопротективный – защищает клетки желчных протоков и эпителиоциты слизистой оболочки желудка и кишечника от агрессивных факторов, уменьшает цитотоксическое действие липофильных желчных кислот за счет формирования смешанных мицелл;
- антифибротический – предупреждает развитие фиброза печени;
- иммуномодулирующий – уменьшает аутоиммунные реакции против клеток печени и желчных путей, подавляет аутоиммунное воспаление;
- антиоксидантный – предупреждает оксидантное повреждение клеток печени и желчных путей [1, 3, 4].

Урсофальк обычно назначается в суточной дозе 10 мг/кг массы тела ребенка (реже – 15 мг/кг, например, при муковисцидозе или синдроме неонатального холестаза). Курс непрерывного лечения составляет от 6 до 24 месяцев. Особенностью применения этого препарата является необходимость приема основной части (или всей) суточной дозы на ночь. Это обусловлено известным фактом повышения концентрации холестерина в желчи именно в ночные часы. Стандартная капсула урсофалька содержит 250 мг активного вещества.

В первые 3 месяца лечения необходимо проводить контроль уровня аминотрансфераз и маркеров холестаза в крови 1 раз в месяц, затем 1 раз в 3 месяца. Контроль УЗИ проводится каждые 6 месяцев. Определенным тактическим этапом является срок 1 год от момента начала лечения. Если в течение этого времени никакой положительной динамики не отмечено, то лечение нужно прекратить. В случае растворения камней лечение препаратами УДХК должно быть продолжено еще на 3 месяца.

Обычно в дополнение к препаратам УДХК на докамменной стадии ЖКБ назначают комбинированные лекарственные средства, обладающие мягким холеретическим, спазмолитическим и гепатопротекторным действием. Среди наиболее популярных в настоящее время можно отметить галстону, хофитол, одестон, гепабене. Они назначаются импульсными курсами в 3–4 недели 2–3 раза в год.

Использование желчегонных препаратов (особенно группы холекинетиков) нельзя признать целесообразным на стадии сформировавшихся конкрементов в связи с высоким риском перемещения последних в шеечную зону желчного пузыря и возникновением интенсивного болевого приступа, а также в желчные протоки (в т.ч. в общий желчный проток) с формированием обструкции и необходимостью экстренного хирургического вмешательства (рис. 1).

В качестве дополнительной терапии назначают биопрепараты с целью коррекции микробиоценоза кишечника, препараты пищевых волокон для профилактики запоров, спазмолитики разных групп (особенно при рецидивирующем болевом синдроме), по показаниям – препараты панкреатических ферментов. При наличии признаков активного воспалительного процесса в желчном пузыре или в предоперационном периоде показана антибактериальная терапия.

По данным Л.А. Харитоновой (2002), эффективность литолитической терапии не превышает обычно 15%. Вместе с тем, при соблюдении всех рекомендаций по применению урсофалька, эффективность лечения повышается.

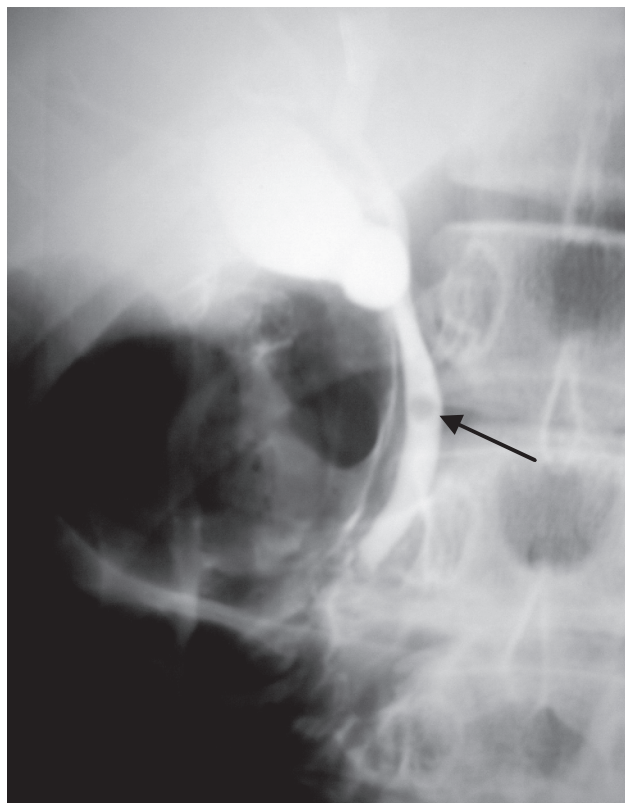


Рис. 1. Результаты ЭРХПГ. Холедохолитиаз у подростка 16 лет (стрелкой указан конкремент общего желчного протока).

При обнаружении рентгеноконтрастных, преимущественно билирубиновых камней, литолитическая терапия неэффективна. Лечащему врачу следует отдавать себе отчет в том, что единственным радикальным способом лечения ЖКБ в этом случае является хирургический. То же относится и к ситуациям безуспешной литолитической терапии.

Аргументы сторонников оперативного лечения ЖКБ сводятся к следующим положениям:

- при длительном существовании конкремента возникают воспалительно-дистрофические изменения стенки желчного пузыря, развивается перихолецистит, что осложняет хирургическое лечение в дальнейшем;
- у детей с ЖКБ отмечается высокая частота врожденных аномалий желчного пузыря и протоков с нарушением реологии желчи, что делает консервативную тактику малоэффективной;
- у пациентов возможны ситуации, лимитирующие назначение консервативной литолитической терапии;
- при назначении литолитической терапии частичный или полный литолиз отмечается только у небольшой части больных;
- имеется высокий риск осложненного течения ЖКБ;
- после холецистэктомии происходит снижение индекса литогенности желчи вследствие ускорения энтерогепатической циркуляции желчных кислот.

Таким образом, в каждой конкретной ситуации должны быть проанализированы все «pro et contra» для обоснованного выбора оптимальной программы лечения.

Среди известных хирургических методик наиболее часто применяется лапароскопическая холецистэктомия, отличающаяся минимальной травматичностью. Предлагаемая некоторыми авторами лапароскопическая холелитотомия в детской практике практически не применяется из-за большого числа побочных эффектов и частых рецидивов заболевания.

По данным большинства клиник, имеющих опыт хирургического лечения ЖКБ, какие-либо негативные последствия (рецидивы камней, панкреатит) развиваются не более чем у 5% детей, перенесших лапароскопическую холецистэктомию.

По мнению А.М. Запруднова и Л.А. Харитоновой (2002), хирургическое лечение ЖКБ является приоритетным у детей до 12 лет. После его проведения рекомендуется длительная терапия литолитическими препаратами (до 2 лет).

У детей старше 12 лет методом выбора считается консервативная терапия, а хирургическое вмешательство проводится только в случае развития желчной колики. Такие возрастные различия обусловлены несколько большим числом послеоперационных осложнений у детей пубертатного возраста.

Определенное значение в терапии детей с ЖКБ имеет ЛФК, ФТЛ, а также санаторно-курортное лечение.

Целью нашего исследования явилась оценка результатов консервативного и хирургического методов терапии ЖКБ и разработка комплекса профилактических и лечебных мероприятий у детей группы риска по формированию ЖКБ.

Обследованы 42 пациента в возрасте от 2 до 17 лет (мальчиков – 16, девочек – 26), проходивших обследование и лечение в ДГБ № 1 с 2002 по 2006 гг. (главный врач А.В. Каган). Показанием для госпитализации более чем у половины больных (59,4%) явились рецидивирующие абдоминальные боли без каких-либо патогномоничных признаков, в ряде случаев требовавшие исключения острой хирургической патологии. В 8 случаях (19,1%) диагностирована типичная желчная колика, сопровождавшаяся у 2 пациентов клинико-лабораторными признаками патологии поджелудочной железы. У остальных больных с разнообразными видами хронической патологии (в том числе у детей с аллергическими заболеваниями, муковисцидозом, врожденными пороками сердца, гематологической патологией и др.) конкременты желчного пузыря были случайной находкой при проведении УЗИ брюшной полости.

Методы исследования

Всем пациентам помимо обычного клинико-лабораторного скрининга, ультразвукового и эндоскопического (ФЭГДС) исследования проводили обзорную рентгенографию брюшной полости (область правого подреберья) для верификации рентгеноконтрастных конкрементов, комплексное биохимическое исследование крови с определением маркеров холестаза и скрытого гемолиза. Пациентам с анамнестическими указаниями на эпизоды гипербилирубинемии, желтухи, повышением уровня печеночных трансаминаз и/или гиперамилаземией была проведена магнитно-резонансная холеграфия, в единичных случаях – ЭРХПГ.

Результаты и обсуждение

Среди вероятных факторов риска формирования холелитиаза, по данным анамнеза, наиболее значимая роль принадлежит отягощенной наследственности по ЖКБ (эта патология диагностирована у ближайших родственников 66,7% больных). В 33,3% случаев верифицированы аномалии формы желчного пузыря (стойкие деформации по данным полипозиционной динамической эхохолецистографии), у 14,3% – гемолитические состояния различного генеза. В большинстве случаев отмечено сочетание нескольких факторов у одного пациента. В то же время дети с избыточной массой тела составили лишь 11,9% обследованных; преобладали дети с гармоничным мезосоматическим соматотипом. В единичных случаях отмечены такие факторы, как длительное парентеральное питание, эндокринные заболевания, в двух случаях ЖКБ диагностирована у пациентов с муковисцидозом, в трех случаях – при целиакии. У 7 пациентов (16,7%) вероятные факторы риска выявить не удалось (рис.2).

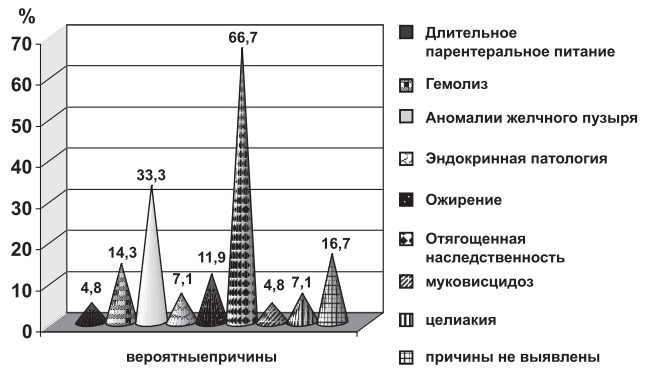


Рис. 2. Вероятные факторы риска ЖКБ у обследованных больных.

Дифференцированный подход к выбору лечебной тактики с учетом выраженности абдоминального болевого синдрома, наличия осложнений, количества, диаметра и локализации конкрементов, возраста больного, а также характера и эффективности предшествующей консервативной терапии позволил определить показания к проведению хирургического лечения. Лапароскопическая холецистэктомия была проведена у 15 больных.

Остальным пациентам (n = 27) была назначена консервативная терапия, включавшая, помимо диетических рекомендаций и урсосфалька, спазмолитики (дюспаталин, но-шпа), пре- и пробиотики (особенно препараты, содержащие пищевые волокна), ферменты (креон). Лекарственные средства на фоне урсосфалька назначались последовательно и не более трех препаратов одновременно.

После холецистэктомии всем больным была назначена аналогичная консервативная терапия с добавлением желчегонных и гепатопротекторных препаратов.

Катамнез наблюдавшихся пациентов составил от 6 до 24 месяцев; кратность обследования (физикальный осмотр, определение маркеров цитолиза и холестаза, УЗИ) составила один раз в 3–6 месяцев.

В группе больных, которым была проведена холецистэктомия, болевой абдоминальный синдром и жалобы диспепсического характера (вероятно, обусловленные сопутствующей патологией других отделов пищеварительного тракта) отмечались в трех случаях, у одного больного был верифицирован ПХЭС, в остальных случаях прооперированные пациенты жалоб не предъявляли (рис. 3).

Среди пациентов, находившихся на консервативной терапии, в большинстве случаев (91,3%) отмечена положительная клиническая динамика основных симптомов. И хотя цель литолиза была достигнута лишь в 3 случаях, у 4 больных зафиксировано уменьшение размеров конкрементов. У большинства пациентов (82,6%), получавших урсосфальк, не отмечено

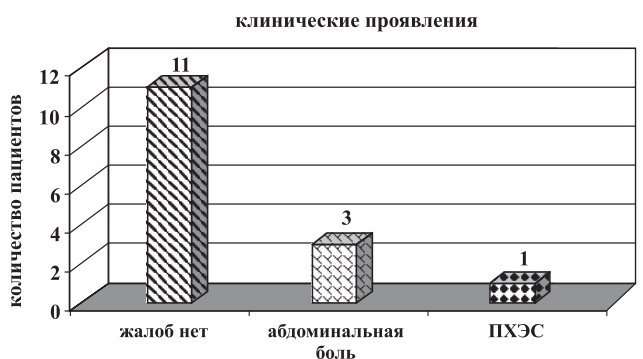


Рис. 3. Катамнестическая клиническая характеристика детей, перенесших лапароскопическую холецистэктомию.

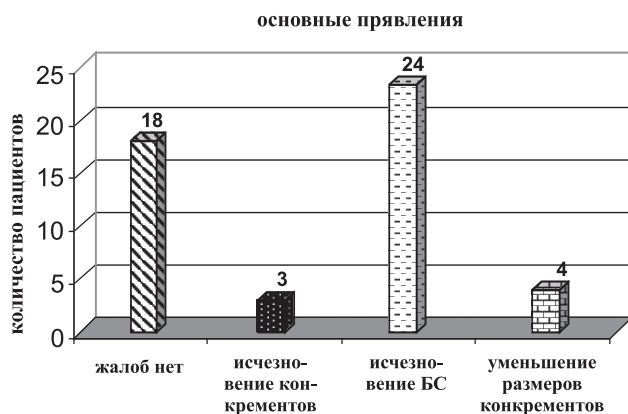


Рис. 4. Катамнестическая клиническая характеристика детей после консервативной терапии ЖКБ.

нарастания размеров, количества или уплотнения структуры конкрементов, почти у всех больных (88,9%) исчез определявшийся при первичном ультразвуковом исследовании билиарный сладж (рис. 4).

Таким образом, выбор тактики терапии детей с ЖКБ основывается на анализе комплекса клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных данных и не подлежит схематизации.

Лапароскопическая холецистэктомия, являющаяся радикальным методом лечения холелитиаза у детей школьного возраста, не решает, тем не менее, проблему ликвидации литогенности желчи, а потому требует поддерживающей терапии препаратом УДХК (урсофальк). Оперативное вмешательство должно проводиться по строгим клиническим и/или параклиническим показаниям (Л.А. Харитонов, 2002).

По нашему мнению, показания к хирургическому лечению следующие:

- аномалии развития желчевыводящих путей с нарушением функции желчного пузыря (подтвержденные данными КТ или ЭРХПГ);
- активный воспалительный процесс в ЖП, билиарный панкреатит;
- значительные нарушения функции ЖП;
- множественные флотирующие конкременты;
- крупные конкременты диаметром более 1,5 см;
- анамнестические указания на эпизоды обтурационной желтухи (признак холедохолитиаза);
- «отключенный» (по данным УЗИ) желчный пузырь;
- появление или сохранение на фоне проводимой консервативной терапии приступов желчной колики.

При латентной форме заболевания у детей младшего возраста независимо от количества, размеров и структуры конкрементов при наличии УЗ признаков билиарного сладжа показано назначение комплексной терапии с использованием препаратов УДХК с проведением клинического, биохимического и сонографического контроля в декретированные сроки.

Необходимо выделять группу риска по формированию холелитиаза. В нее должны быть включены дети, у которых имеются:

- заболевания (состояния), сопровождаемые длительным гемолизом;
- наследственная предрасположенность по ЖКБ;
- врожденные аномалии развития желчевыводящих путей с нарушенной сократительной функцией желчного пузыря (по данным динамической полипозиционной эхохолестеографии);

- хронические воспалительные заболевания кишечника (особенно с поражением подвздошной кишки, например, болезнь Крона);

- различные варианты синдрома мальабсорбции (целикия, муковисцидоз);
- анамнестические указания на резекцию подвздошной кишки и илеоцекального угла;
- нарушения липидного обмена, дисгормональные нарушения;
- длительный прием гепатотоксичных препаратов.

Этой группе детей необходимо проводить регулярный сонографический скрининг, благодаря которому возможна диагностика ЖКБ на стадии билиарного сладжа. Именно в этой стадии заболевания наиболее эффективны препараты УДХК, что позволяет добиться максимального эффекта от консервативной терапии.

По-видимому, целесообразно расширить показания для назначения препаратов УДХК:

- после холецистэктомии для предупреждения протокового литиаза;
- при невозможности проведения холецистэктомии – независимо от количества, размеров и структуры конкрементов;
- у пациентов группы риска по развитию ЖКБ, особенно при УЗИ-признаках БС – под клиническим, биохимическим и сонографическим контролем в декретированные сроки (1 раз в 3–6 мес).

Возможна следующая схема профилактического наблюдения детей группы риска по ЖКБ:

- УЗИ органов брюшной полости 1 раз в год;
- при выявлении признаков БС – назначение традиционной желчегонной терапии в течение 1 месяца с последующим УЗИ-контролем;
- при сохранении БС – назначение УДХК (урсофалька) в обычной дозе на 3 месяца под ежемесячным контролем уровня АЛТ в крови и УЗИ-контролем через 3 месяца;
- продолжение динамического сонографического наблюдения 1 раз в год после исчезновения признаков БС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Особенности желчнокаменной болезни в детском возрасте (этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика). – М., 2002.
2. Детская гастроэнтерология (избранные главы) / Под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук. – М., 2002.
3. Иванченко Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. – М.: Издательство «Атмосфера», 2006.
4. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. – М.: Анахарсис, 2004.
5. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Хитинская М.С. Холепатии у детей и подростков. – М.: Медпрактика, 2000.
6. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е., Румянцев И.В. Заболевания желчевыводящей системы у детей (этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение): Учебное пособие. – СПб.: СПбМАПО, 2004 / 2 издание, переработанное и дополненное. – 77 с.
7. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в педиатрии / Под ред. М.И. Пыкова. – М.: Видар, 1998.
8. Pediatric Gastrointestinal Diseases (Pathophysiology, Diagnosis, Management) / Ed.R. Wyllie, J.S. Hyams. – 2000. – 976 p.