



ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХОЛЕСТЕРОЗА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

Юдина Т. М.¹, Якимова Л. В.², Ермоленко Н. С.³

¹ ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет, Москва

² Детская городская больница № 21, Москва

³ Андреевские больницы, клиника «Неболит», Москва

Юдина Татьяна Михайловна

Тел.: 8 (926) 429 1661, 8 (499) 186 8339

E-mail: tanya_kosareva@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Холестероз желчного пузыря (ХЖП) описан более 150 лет назад, однако до настоящего времени заболевание остается неизученным. Относительно детского возраста появляются единичные работы. Внедрение в педиатрическую практику современных интраскопических методов исследования позволило более объективно идентифицировать патологические изменения в стенке желчного пузыря. Многолетний опыт изучения желчнокаменной болезни показал, что практически у трети детей холецистит сочетается с холестерозом желчного пузыря. Однако до проведения холецистэктомии последний диагностируется только у 10% детей. Между тем накопленный нами опыт наблюдения за детьми с ХЖП показывает, что в детском возрасте эффективной является консервативная терапия. В связи с вышеизложенным целью данной работы явилось показать на клиническом примере возможности консервативной терапии при холестерозе желчного пузыря у детей.

Ключевые слова: холестероз желчного пузыря; лечение; дети.

SUMMARY

Gallbladder cholesterosis (GBC) was described more than 150 years ago, but so far the disease remains unknown. With respect to children's age appear solitary works. The introduction of modern pediatric practice of the intrascopic research methods enabled us to objectively identify the pathological changes in the gallbladder wall. Many years of experience studying gallstone disease has shown that almost a third of children cholelithiasis combined with gallbladder cholesterosis. However, until cholecystectomy the last one was diagnosed in only 10% of children. Meanwhile, our experience in children observing with GBC showed that conservative therapy effective in childhood. The aim of this study was to demonstrate the clinical example of the possibility of conservative treatment of gallbladder cholesterosis in children.

Keywords: gall bladder cholesterosis; treatment; children.

ВВЕДЕНИЕ

Холестероз желчного пузыря (ХЖП) — заболевание, характеризующееся нарушением обмена холестерина с преимущественным его отложением в стенке желчного пузыря, — впервые описан более полутора века назад [2; 3].

В литературе ХЖП имеет несколько синонимов: «малиновый», «земляничный», «крапчатый» и др. Термин «холестероз», предложенный в 1925 году

N. Mendez-Sanches, в настоящее время является наиболее часто встречающимся в научных изданиях.

Длительное время ХЖП считался редким и трудно диагностируемым заболеванием, однако в последние годы в связи с широким внедрением в практику высокоинформативных методов исследования, таких как ультрасонография, а также с активным изучением нарушений липидного

метаболизма ХЖП стал выявляться значительно чаще [3–5]. Несмотря на это, проблема холестерина в педиатрической практике до сих пор остается малоизученной, остается нерешенным целый ряд вопросов, касающихся как причин формирования, так и современных возможностей лечения данного заболевания [1; 5].

Долгие годы единственным методом лечения при холестерозе желчного пузыря у детей считалась холецистэктомия [1]. Объяснением этому служили трудности интерпретации выявленных патологических изменений стенки желчного пузыря, в связи с чем мнение педиатра склонялось в сторону оперативного вмешательства. Появление ультразвуковых аппаратов с высокой разрешающей способностью позволило не только проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, но и выявлять ХЖП на ранних стадиях, а также проследивать особенности его клинического течения у детей. Это привело к необходимости выработки новых подходов к тактике ведения и оптимальных методов лечения таких больных [5].

Данные собственных исследований в области изучения ХЖП у детей позволили разработать алгоритм ведения таких больных (рис. 1).

Основными моментами выжидательной тактики являются динамическое ультразвуковое наблюдение с оценкой патологических изменений в стенке желчного пузыря; контроль биохимических показателей липидного спектра с определением общего холестерина (ОХС) и его фракций низкой (ЛПНП), высокой (ЛПВП) и очень низкой плотности (ЛПОНП), а также триглицеридов (ТГ); диетические рекомендации. При наличии отрицательной клинической и ультразвуковой динамики (появление выраженных болей, увеличение количества и размеров полипов более 10 мм), а также при отсутствии положительного эффекта от консервативной терапии в течение 12 мес. должен решаться вопрос о холецистэктомии.

В связи с тем, что ХЖП является проявлением липидного дистресс-синдрома, наиболее оправданной тактикой его лечения на современном этапе является консервативная терапия [3; 4].

В литературе имеются многочисленные данные об успешном применении препаратов желчных кислот для лечения холестероза у взрослых [3; 4]. Обоснованием для их применения при ХЖП послужили известные механизмы их действия. Прием урсодеоксихолевой кислоты (УДХК) восстанавливает нарушенный метаболизм холестерина, снижая содержание ЛПНП и повышая ЛПВП, а также снижает индекс насыщения желчи холестерином. Применение препаратов УДХК при ХЖП у взрослых приводит к улучшению клинической симптоматики, регрессу патологических изменений в стенке желчного пузыря и нормализации липидного обмена [3; 4].

Данных об эффективности консервативного лечения холестероза у детей в литературе нет. Результаты нашего исследования, проведенного

в течение 2007–2010 гг. на кафедре педиатрии с инфекционными болезнями у детей ФУВ РГМУ имени Н. И. Пирогова, также свидетельствуют об эффективности терапии препаратами УДХК в отношении клинических проявлений, нормализации ультразвуковых и биохимических маркеров холестероза.

Для лечения ХЖП нами использовался препарат Урсофальк в суточной дозе 15 мг/кг массы тела. У детей раннего возраста использовалась суспензия Урсофальк в тех же дозировках.

В данной статье вниманию педиатров и гастроэнтерологов предлагается клиническое наблюдение больной с холестерозом желчного пузыря.

Родители больной А., 13 лет, обратились к гастроэнтерологу по месту жительства с жалобами на появление чувства тяжести в правом подреберье после еды.

Из анамнеза известно, что девочку в течение нескольких месяцев беспокоит тяжесть в правом подреберье после приема пищи. Тошноты, рвоты, болей в животе, нарушений стула не было. При выполнении ультразвукового исследования брюшной полости выявлены изменения, которые трактовались как проявления желчнокаменной болезни. С диагнозом «желчнокаменная болезнь» девочка была направлена на консультацию на кафедру педиатрии с инфекционными болезнями у детей ФУВ РГМУ.

Анамнез жизни. Девочка от первой беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, повышения уровня тестостерона до 5,3 нмоль/л (норма — до 2,7 нмоль/л), общего холестерина до 7,2 ммоль/л (норма до 5,2 ммоль/л). С целью сохранения мать девочки с 7 недель беременности до родов принимала дексаметазон. Роды срочные, самостоятельные. Масса тела при рождении — 3850 г, длина 51 см, выписана на пятые сутки. На грудном вскармливании — до 4 месяцев, далее — на искусственном. Росла и развивалась соответственно возрастным нормам. Прививки по возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, краснуха, ангина, острый гастроэнтерит. Аллергический анамнез не отягощен.

Мать девочки, 45 лет, страдает сахарным диабетом 2-го типа. Отец, 50 лет, страдает ИБС, атеросклерозом, в возрасте 38 лет перенес острый инфаркт миокарда. Бабушка по линии матери 70 лет — СД 2-го типа. Дедушка по линии отца умер в возрасте 65 лет от обширного инфаркта миокарда.

Данные объективного исследования: состояние удовлетворительное, рост 165 см, вес 55 кг. Физическое развитие высокое, гармоничное. Телосложение правильное. Кожные покровы смуглые, чистые. Лимфоузлы не увеличены. Видимые слизистые оболочки чистые, блестящие. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, распределена равномерно, по женскому типу. Костно-мышечная система без видимой патологии.

Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот обычной формы, симметричен, не вздут. При пальпации безболезненный во всех отделах. Нижний край печени +0,5 см от края реберной дуги по правой средней ключичной линии, гладкий, эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Стул оформленный, ежедневный, без видимых примесей.

Общие анализы мочи и крови — без отклонений от нормы.

При биохимическом исследовании сыворотки крови: общий белок — 75 г/л; альбумины — 55%; глобулины 45%: α -1 — 3,0%; α -2 — 6,2%; β — 17,1%; γ — 18,5%; мочевины — 5,1 ммоль/л; креатинин — 68 ммоль/л; глюкоза — 5,2 ммоль/л; ОХС — 5,4 ммоль/л; ЛПНП — 3,3 ммоль/л; ЛПВП — 1,4 ммоль/л; ЛПОНП — 0,7 ммоль/л; КА — 2,9; ТГ — 1,52 ммоль/л; билирубин общий — 6,4 мкмоль/л; ЩФ — 275 Ед/л (норма до 300 Ед/л); АСТ — 25 Ед/л; АЛТ — 36 Ед/л; ЛДГ — 184

Ед/л (норма до 225 Ед/л); α -амилаза — 154 Ед/л (норма до 220 Ед/л).

На УЗИ брюшной полости (рис. 2) — размеры печени не увеличены, эхогенность печени слегка повышена, структура однородная. Желчный пузырь — 62 × 25 мм, стенки уплотнены, неравномерные, с множественными «включениями», толщина передней стенки 2,2–3,5 мм на различных участках. На передней стенке ЖП определяется неподвижное гиперэхогенное неоднородное образование без акустической тени и признаков васкуляризации размером до 4,0 мм. В просвете ЖП определяется рыхлый осадок. Сократительная способность 38% (снижена).

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования был поставлен диагноз: холестероз желчного пузыря, полипозно-сетчатая форма.

Больная получила следующее лечение.

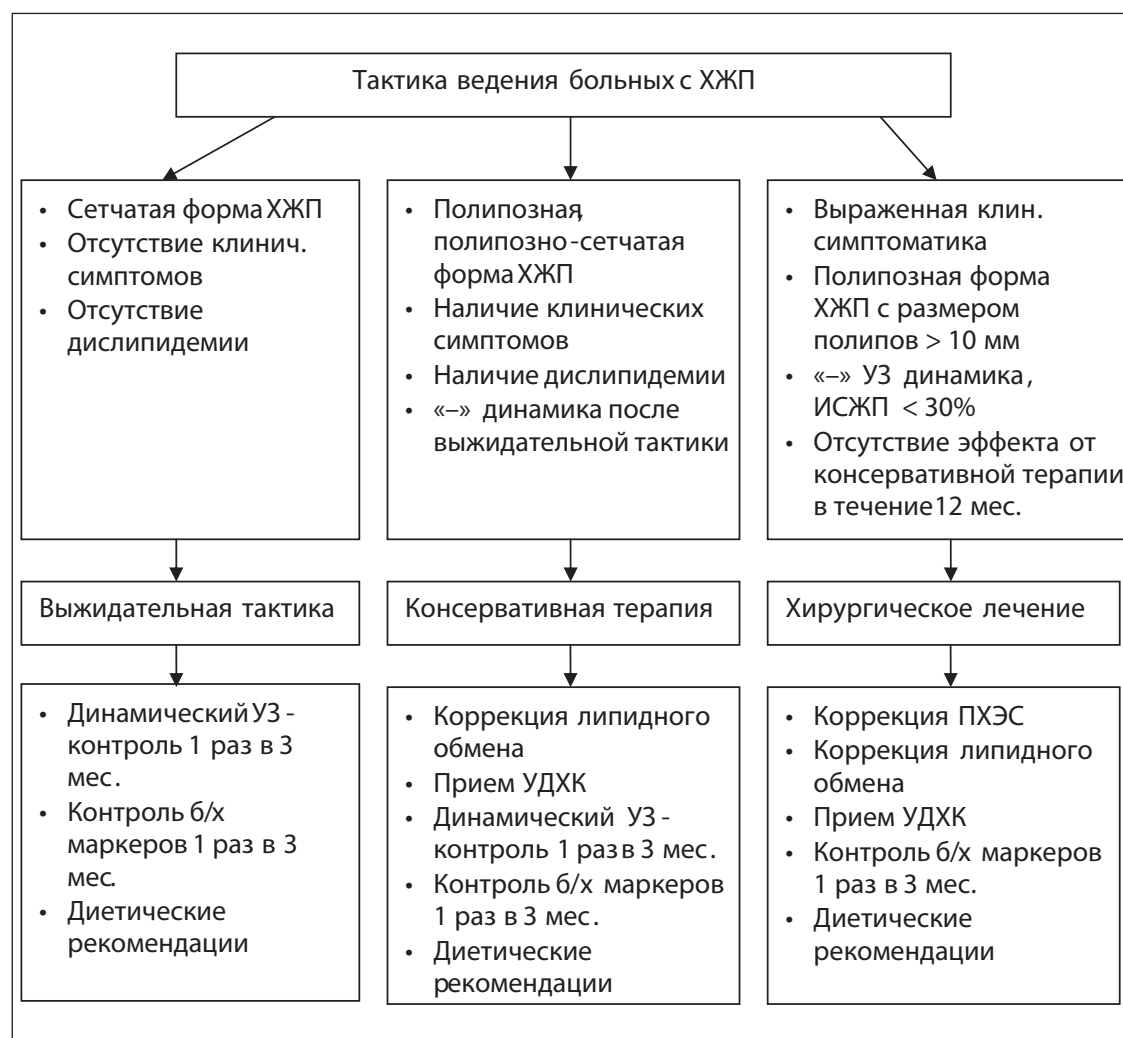


Рис. 1. Тактика ведения больных с холестерозом желчного пузыря

Примечание: ХЖП — холестероз желчного пузыря; ИСЖП — индекс сокращения желчного пузыря; ПХЭС — постхолецистэктомический синдром; УДХК — урсодезоксихолевая кислота; УЗ — ультразвук.



Диета № 5: Урсофальк — по 3 капсулы на ночь — 6 месяцев; Хофитол — по 2 табл. 3 раза в день + Эубикор — по 1 пак. 3 раза в день 1 месяц, 1 месяц перерыв; затем Одестон — по ½ табл. 3 раза в день + Мукофальк — по 1 пак. 3 раза в день 1 месяц.

Через 4,5 мес. на фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика: ощущения тяжести в правом подреберье после приема пищи нет; нормализовались показатели биохимического обмена; произошло нивелирование ультразвуковых признаков холестероза.

При биохимическом исследовании сыворотки крови: общий белок — 70 г/л; альбумины — 62%; глобулины — 38%: α-1-3,2%; α-2-6,2%; β — 11,1%; γ — 17,5%; мочевины — 5,2 ммоль/л; креатинин — 65 ммоль/л; глюкоза — 5,0 ммоль/л; ОХС — 4,7 ммоль/л; ЛПНП — 2,6 ммоль/л; ЛПВП — 1,6 ммоль/л; ЛПОНП — 0,5 ммоль/л; КА — 1,9; ТГ — 1,08 ммоль/л; билирубин общий — 6,7 мкмоль/л; ЩФ — 200 Ед/л (норма до 300 Ед/л); АСТ — 20 Ед/л;

АЛТ — 27 Ед/л; ЛДГ — 169 Ед/л (норма до 225 Ед/л); α-амилаза — 145 Ед/л (норма до 220 Ед/л).

На УЗИ брюшной полости — размеры печени не увеличены, эхогенность печени нормальная, структура однородная. Желчный пузырь — 59 × 23 мм, стенки немного уплотнены, равномерные, толщина передней стенки 1,8 мм. Эхопозитивных образований просвете ЖП не выявлено. Сократительная способность 47% (норма) (рис. 3).

При обследовании девочки через 3 и 6 месяцев после окончания лечения патологических изменений в стенке желчного пузыря выявлено не было; показатели липидного обмена соответствовали возрастной норме.

ВЫВОДЫ

1. Оптимальным методом лечения холестероза желчного пузыря у детей является консервативная терапия с применением УДХК в стандартной дозировке.



Рис. 2. УЗИ брюшной полости больной А. до лечения

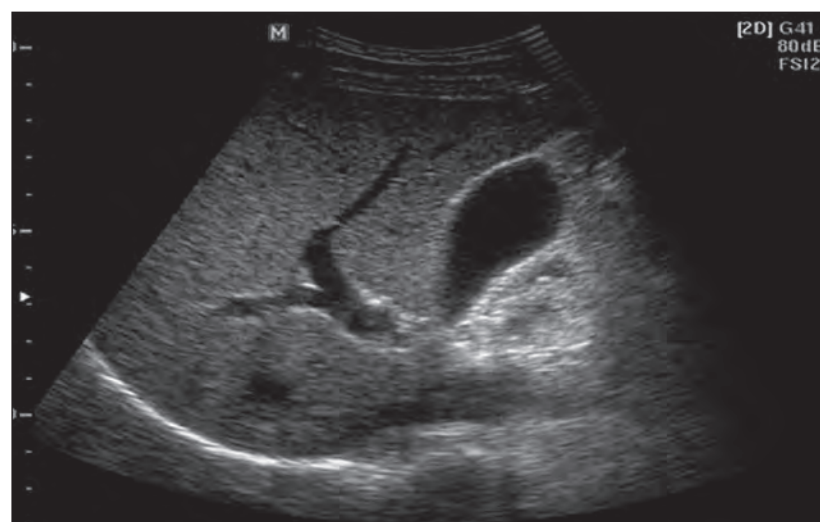


Рис. 3. УЗИ брюшной полости больной А. через 4,5 мес. после консервативной терапии

2. Дети хорошо переносят лечение препаратами УДХК, в том числе в сочетаниях с другими лекарственными средствами.

3. С помощью консервативной терапии можно добиться не только нивелирования ультразвуковых признаков холестероза, но и нормализовать липидный обмен.

4. Оперативное лечение показано лишь в случаях выраженной клинической симптоматики, при полипозной форме ХЖП с размером полипов > 10 мм, отрицательной ультразвуковой и клинической динамике на фоне консервативной терапии в течение 12 мес.

ЛИТЕРАТУРА

1. Запруднов А. М., Харитонова Л. А. Билиарная патология у детей. — М.: Мед. информагентство, 2008. — 376 с.
2. Иванченкова Р. А., Свиридов А. В., Грачев С. В. Холестероз желчного пузыря: современный взгляд на патогенез, клинику, диагностику и лечение. — М.: Мед. информагентство, 2005. — 200 с.
3. Ильченко А. А., Морозов И. А., Хомерики С. Г. и др. Холестероз желчного пузыря. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 232 с.
4. Ильченко А. А., Орлова Ю. Н., Быстровская Е. В. и др. Холестероз желчного пузыря. Патогенез, диагностика и лечение: Методические рекомендации. — М., 2008. — 44 с.
5. Косарева Т. М. Холестероз желчного пузыря у детей (клинико-диагностические особенности): дис.... канд. мед. наук. — М., 2010. — 134 с.