

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Харитонов Л. А.

ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет, Москва

Харитонов Л. А. Любовь Алексеевна

Тел.: 8 (903) 671-72-10; 8 (499) 189-38-91

E-mail: luba2k@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Заболевания билиарного тракта у детей в последние годы все чаще привлекают внимание не только терапевтов и хирургов, но эта проблема становится все более актуальной и в педиатрической практике. Так, желчнокаменная болезнь в детском возрасте становится серьезной медико-социальной проблемой вследствие своего хронического рецидивирующего течения, развития тяжелых осложнений, снижения качества жизни и социальной адаптации детей. Особую трудность представляет выбор лечебной тактики при ЖКБ в детском возрасте. В связи с этим целью данной работы явилось показать на основании собственного многолетнего опыта наблюдения за детьми с ЖКБ преимущества и недостатки как хирургического, так и консервативного лечения холелитиаза у детей, предложить альтернативные подходы в различные периоды детства.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; дети лечебная тактика; диспансерное наблюдение.

SUMMARY

Biliary tract diseases in children in recent years increasingly attracted the attention of not only physicians and surgeons, but this problem is becoming increasingly important in pediatric practice. Thus, gallstone disease in childhood is becoming a serious medical and social problem because of its chronic relapsing course, the development of severe complications, reduced quality of life and social adaptation of children. A particular difficulty is to select treatment tactics at cholelithiasis in childhood. The aim of this study was to demonstrate on the basis of own experience observing children with cholelithiasis, advantages and disadvantages of both surgical and conservative treatment of cholelithiasis in children, suggest alternative approaches for different periods of childhood.

Keywords: cholelithiasis; children with clinical; dispensary observation.

ВВЕДЕНИЕ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ), или холелитиаз, — болезнь современного цивилизованного общества, которая перестала быть казуистикой в детском возрасте. Частота ЖКБ у детей выросла в последние годы с 0,1 до 1,0% [5; 6; 8]. Среди причин, приводящих к увеличению частоты холелитиаза, в настоящее время выделяют, с одной стороны, улучшение диагностики, когда метод ультразвукового исследования стал доступен врачам амбулаторной практики, и с другой — истинный количественный рост заболевания, обусловленный характером

питания, гиподинамией, экологическим неблагополучием окружающей среды и высокой техногенной нагрузкой. Все эти факторы в равной мере касаются как взрослых, так и детей [1; 2; 4; 7–9].

В настоящее время большинство работ посвящено изучению этиологии и патогенеза холелитиаза, разрабатываются диагностические алгоритмы [1; 3; 4; 8; 9]. Однако особую трудность при выявлении у ребенка конкрементов в желчном пузыре испытывают педиатры и гастроэнтерологи при необходимости решения вопросов о выборе лечебной

тактики и диспансерного наблюдения у детей с холелитиазом. В данной работе нами представлен опыт более чем 15-летнего наблюдения за детьми с желчнокаменной болезнью.

ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Диспансеризация детей с холелитиазом состоит из трех основных этапов, два из которых представляют собой амбулаторное наблюдение за детьми в условиях детской поликлиники врачом-педиатром или гастроэнтерологом. Однако один из этапов наблюдения (II) включает в себя обязательную госпитализацию (в специализированное отделение или комплексное обследование в стационаре одного дня).

Первый (I) этап наблюдения — доклинический (догоспитальный) — состоит из догоспитальной диагностики желчнокаменной болезни и включает в себя анализ анамнестических данных, данных объективного осмотра и проведение ультразвукового исследования (УЗИ) желчного пузыря, при котором определяется наличие конкрементов в желчном пузыре. Уточняются характер, локализация и частота возникновения болевого синдрома и наследственная отягощенность. Ребенок берется под наблюдение в III группу здоровья.

Недостаток доклинического анализа состоит в том, что на этом этапе объективным является только визуализация конкрементов в желчном пузыре при ультрасонографии. Причина болей в животе по-прежнему неясна. Неизвестен и химический состав желчных камней. Не дифференцированы anomalies развития желчевыводящих путей (ЖВП) на всем их протяжении. Поэтому следует помнить, что обнаружение при ультрасонографии конкрементов в желчном пузыре не является поводом для выбора лечебной тактики (хирургическое или консервативное лечение).

Решение этих задач осуществляется в специализированном отделении или в условиях стационара одного дня — *II этап (клинический)*. В условиях стационара всем детям с ЖКБ проводится ультразвуковое исследование живота с определением сократительной функции желчного пузыря. Для характеристики функционального состояния печени выполняется гепатобилисцинтиграфия (ГБСГ). Для топической диагностики anomalies развития желчных путей, исключения сочетанного литиаза, включая внутрипеченочные желчные ходы, выполняется магнитно-резонансная томография печени и желчных путей (МРТ). По особым показаниям — ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). Степень и характер обменных нарушений определяются с помощью лабораторных методов исследования. Для прогнозирования течения холелитиаза проводятся исследования HLA-фенотипа. Оценку обменных нарушений проводят на основании биохимических анализов сыворотки крови, включая развернутую липидограмму. Характер

патологических изменений в желчном пузыре изучается с помощью морфологических и гистохимических исследований. После завершения стационарного этапа определяется алгоритм лечебной тактики. Больные делятся на две группы: I группу составляют дети, которым показано оперативное вмешательство, II группу — дети с показаниями к консервативному лечению (рис. 1). При этом на определение лечебной тактики оказывают влияние несколько факторов: возраст ребенка, длительность заболевания, наличие или отсутствие болевого синдрома, количество и место локализации желчных камней, химический состав конкрементов.

Известно, что желчные камни могут образовываться в любом возрасте. Считается, что у детей до 3 лет камнеобразование чаще обусловлено несовершенством ферментных систем и внутрисосудистым гемолизом. В литературе описаны случаи спонтанного растворения конкрементов у детей этого возраста [8; 9]. Однако длительное (более пяти лет) наблюдение за детьми этой группы показало, что ни у одного из 20 наблюдаемых детей с камнями в желчном пузыре в возрасте от рождения до 3 лет не произошло растворения желчных камней без литолитической терапии. В связи с этим выжидательная тактика при ЖКБ у детей раннего возраста считается неоправданной. В настоящее время накоплен опыт консервативного лечения детей этой возрастной группы. Показана высокая эффективность и безопасность применения урсодиоксихолевой кислоты (УДХК) в виде суспензии при ЖКБ у детей раннего возраста [8; 9]. Изменились взгляды относительно химического состава желчных камней у детей раннего возраста. Известно, что у детей до 2 лет преобладают холестериновые желчные камни и только после 3 лет формируются билирубиновые конкременты [8; 9]. Очевидно, именно этими факторами обусловлена высокая частота растворения желчных камней и нормализация обменных нарушений у детей раннего возраста на фоне лечения их УДХК, составляющая у детей до 1 года 88%; от 1 года до 2 лет — 50%; от 2 до 3 лет — 38% [9]. Отсутствие побочных эффектов, хорошая переносимость препарата при длительном применении суспензии УДХК позволили признать консервативную терапию у детей в возрасте от рождения до 3 лет альтернативным методом лечения.

Возраст детей от 4 до 12 лет является оптимальным для выполнения хирургических вмешательств по поводу ЖКБ. Дети хорошо переносят операцию. Нами не было зарегистрировано развития постхолецистэктомического синдрома и рецидивов камнеобразования ни в одном случае выполнения холецистэктомии у детей данной возрастной группы. На выбор лечебной тактики в этом возрасте оказывают влияние только сопутствующие заболевания,

когда ребенку по жизненным показаниям не может быть выполнена операция: тяжелые декомпенсированные заболевания сердца (ВПС), почек (пиелонефрит единственной почки), печени (цирроз) и др. Таким детям показано консервативное лечение препаратами урсодеоксихолевой кислоты.

Накопленный нами опыт консервативной терапии ЖКБ в этом возрасте показал, что полного растворения желчных камней в этом возрасте удается достичь примерно у трети детей (33,3%), получающих урсодеоксихолевую кислоту на протяжении 2,0–2,5 года. Рецидивов камнеобразования не наблюдается на протяжении 5 лет. В связи с этим у детей в возрасте от 4 до 12 лет лечебная тактика определяется в пользу планового хирургического лечения после безуспешного литолиза УДХК на протяжении 12 месяцев. При этом следует отметить, что чем раньше по возрасту и длительности заболевания выполнено оперативное вмешательство, тем лучше прогноз. Очевидно, удаление шокового органа при лапароскопической холецистэктомии, высокие функциональные и компенсаторные возможности детского организма приводят к нормализации ритма желчеотделения и желчеобразования, что, в свою очередь, позволяет восстановить как функциональные способности печени, так и нормализовать процессы пищеварения. Следовательно, лапароскопическую холецистэктомию, выполненную в плановом порядке в ранние сроки заболевания у детей в возрасте от 3 до 12 лет, следует считать патогенетически обоснованной.

Напротив, у детей в возрасте от 13 до 15 лет, страдающих ЖКБ, рекомендуется принять выжидательную тактику. Оперативное вмешательство у детей этой группы выполняется только в случае наличия частых острых болей в животе и/или желчной колики. При бессимптомном течении холелитиаза оперативное вмешательство следует отложить до 16–18 лет. Дети препубертатного и пубертатного возраста значительно тяжелее переносят операцию: в послеоперационном периоде у них отмечается фебрильная температура (до 10 дней), могут иметь место подъемы артериального давления, беспокоят диспепсические явления (тошнота, неустойчивый стул и др.). После выписки из стационара в течение 1–2 месяцев часть детей быстро набирает вес (вплоть до ожирения II–III степени). Очевидно, хирургическое вмешательство усугубляет нейроэндокринные изменения, происходящие в организме подростка, нарушает их иммунологическую реактивность, что и является причиной манифестации других генетически детерминированных заболеваний. Подросткам 13–15 лет, страдающим холестериновым холелитиазом, возможно проведение литолитической терапии препаратами урсодеоксихолевой кислоты. Успешный литолиз в этой возрастной группе составляет 22%. Рецидивов камнеобразования не наблюдается.

Особую группу на этом этапе наблюдения представляют дети, которым по какой-либо причине

не показано оперативное вмешательство. Сюда включаются дети с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и больные с сочетанным литиазом, когда конкременты выявляются не только в желчном пузыре, но и во внутрипеченочных желчных протоках. Оперативное вмешательство таким детям проводится только в случаях желчной колики. Однако, как правило, это дети с бессимптомным камненосительством и внутрипеченочный литиаз у них обнаруживается только при ретроградной холангиопанкреатографии. Таким детям показана длительная консервативная терапия препаратами УДХК. Целью терапии в этих случаях является предотвращение роста конкрементов и нормализация процессов желчеобразования и желчевыделения. Исключение составляют только дети, у которых камни в желчном пузыре сочетаются с наличием конкрементов в общем желчном протоке (холедохолитиаз). Им показано хирургическое лечение (рис. 2).

Другими причинами, влияющими на выбор лечебной тактики, являются длительность заболевания, величина и локализация желчных камней. Эти факторы могут усугубить заболевание на любом этапе диспансерного наблюдения. Так, чем больше длительность заболевания, тем хуже течение и исходы ЖКБ: длительно «лежащие» камни в желчном пузыре (даже при бессимптомном течении холелитиаза) приводят к образованию «пролежней» и могут быть причиной перфорации желчного пузыря с развитием желчного перитонита. Этот факт доказан при морфологическом исследовании желчного пузыря, когда у детей с длительностью заболевания более 2 лет выявлялись истончение (макроскопически) и дистрофия (микроскопически) стенки желчного пузыря в месте прилегания конкремента.

Величина, количество и локализация желчных камней чаще всего определяют характер клинической картины ЖКБ у детей. Особое внимание следует обратить на мелкие множественные камни. Они чаще всего легко передвигаются при перемене положения тела ребенка и могут явиться причиной обструкции желчных путей. В этих случаях развивается клиническая картина желчной колики, ребенок направляется на хирургическое лечение.

III этап наблюдения проводится амбулаторно, после выписки больного из стационара. Дети, перенесшие хирургическое вмешательство, наблюдаются в течение 2 лет. В этот период им назначается диета (стол № 5), обогащенная пищевыми волокнами. Проводится энтеросорбентная и противорецидивная терапия. С целью предотвращения рецидивов камнеобразования и нормализации процессов желчеобразования и желчевыделения назначается лечение УДХК в сочетании с гепатопротекторами и гиполипидемическими средствами по прерывистой схеме (рис. 3). При удовлетворительном самочувствии и отсутствии рецидивов камнеобразования в течение 2 лет эти больные могут быть сняты с диспансерного учета. Дети,



Рис. 1. Алгоритм диагностики заболеваний БТ на госпитальном этапе

Примечание: БТ — билиарный тракт; ЖКБ — желчнокаменная болезнь; БКХ — бескаменный холецистит; ДФО — дисфункция сфинктера Одди; ЖВП — желчевыводящие пути; АРЖВС — аномалии развития желчевыводящей системы; УЗИ — ультразвуковое исследование; ЖП — желчный пузырь; ДГБСГ — динамическая гепатобилиарная сцинтиграфия; МРТ — магнитно-резонансная томография; ЭРХПГ — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

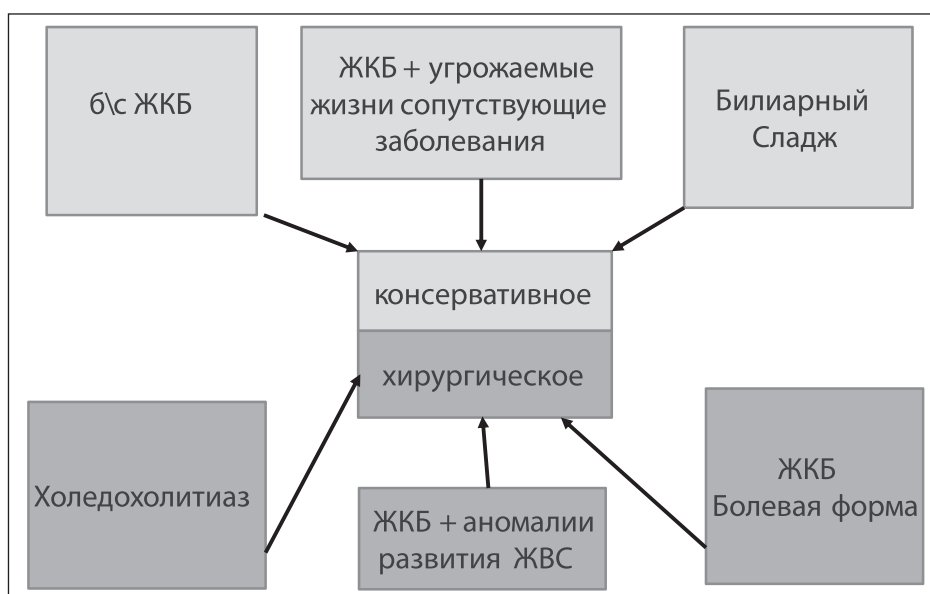


Рис. 2. Лечебная тактика у детей с ЗБТ



Рис. 3. Алгоритм патогенетической терапии при желчнокаменной болезни у детей
Примечание: ЖП — желчный пузырь; ЛС — лекарственные средства; ПП — протонная помпа; ПТ — пищеварительный тракт

находящиеся на консервативном лечении, после успешного литолиза наблюдаются на протяжении 3 лет. Больные, имеющие противопоказания к хирургическому вмешательству по основному заболеванию (тяжелые ВПС, гемолитическая анемия, единственная почка и др.), с диспансерного учета не снимаются: наблюдение специалистов необходимо им пожизненно.

Следует иметь в виду, что во всех случаях на III этапе наблюдения детям раз в квартал выполняются УЗИ и биохимические исследования сыворотки крови, включая липидограмму с исследованием фракций холестерина (до снятия с диспансерного учета) (рис. 4).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, лечебная тактика и диспансерное наблюдение за детьми с желчнокаменной болезнью состоят из нескольких этапов, каждый из которых имеет свои конкретные цели и задачи. При выявлении ребенка с желчнокаменной болезнью для дальнейшего квалифицированного наблюдения врачи-педиатры и гастроэнтерологи должны следовать предложенным алгоритмам лечения и наблюдения детей. Выделение трех этапов наблюдения позволяет объективно оценить стадию и характер течения желчнокаменной болезни и предотвратить возможные до- и постоперационные осложнения.

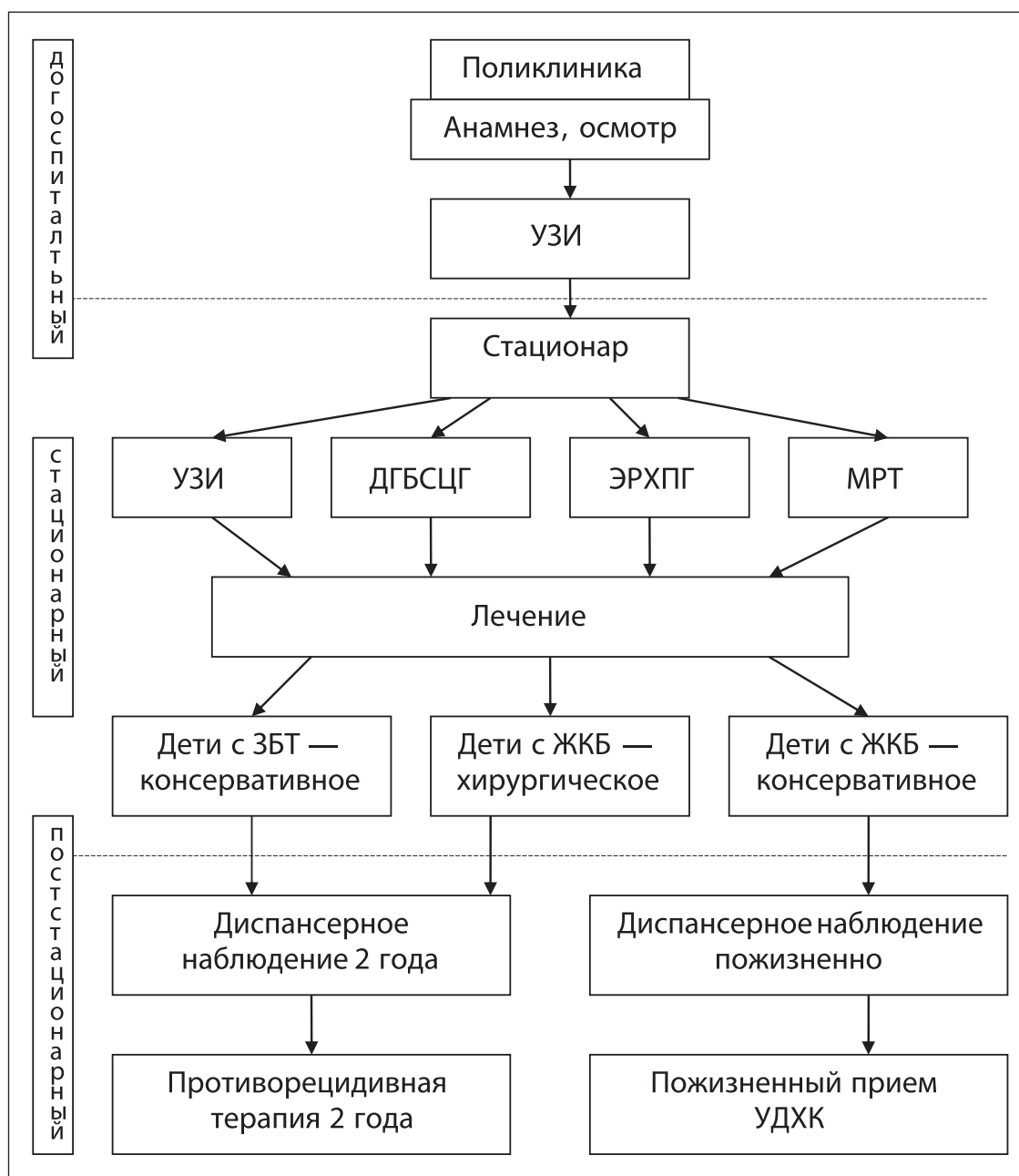


Рис. 4. Алгоритм поэтапной тактики ведения детей с ЖКБ

Примечание: УЗИ — ультразвуковое исследование; ЖКБ — желчнокаменная болезнь; ДГБСЦГ — динамическая гепатобилиарная сцинтиграфия; ЭРХПГ — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография; МРТ — магнитно-резонансная томография; УДХК — урсодезоксихолевая кислота; ЗБТ — заболевания билиарного тракта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акжигитов Г.Н., Петренюк В.С., Перепелкин А.И. Желчнокаменная болезнь у детей // Хирургия. — 1996. — №4. — С. 18–21.
2. Стрижелецкий В.В., Михайлов А.П., Мехтиев С.Н. и др. Алгоритм лечебных мероприятий при желчнокаменной болезни (ЖКБ): Мат. 6-го межд. Славяно-Балтийского науч. форума «Санкт-Петербург — Гастро-2004» / — СПб.: Фолиант, 2004. — С. 84–85.
3. Алянгин В.Г. Оптимизация методов диагностики и лечения желчнокаменной болезни у детей: дис.... канд. мед. наук. — Уфа, 2000. — 128 с.
4. Баиров Г.А. Диагностика и лечение желчнокаменной болезни у детей // Клин. хирургия. — 1989. — №6. — С. 45–47.
5. Ильченко А.И. Желчнокаменная болезнь. — М.: Анахарсис, 2004. — 199 с.
6. Ильченко А.И., Морозов И.А., Хомерики С.Г. и др. Холестероз желчного пузыря. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 2007. — 228 с.
7. Запруднов А.М., Харитонова Л.А. Современные достижения в изучении холелитиаза. Детская гастроэнтерология/Под. ред Баранова А.А., Климанской Е.В., Римарчук Г.В. — М., 2002. — Гл. 12. — С. 352–390.
8. Запруднов А.М., Харитонова Л.А. Билиарная патология у детей. — М.: МИА, 2008
9. Лунаш Н.Г. Желчнокаменная болезнь у детей раннего возраста: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 2005.