

АЛГОРИТМ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Л.А. Харитонов

Российский государственный медицинский университет, Москва

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% [3]. 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 стороны, 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, 8].

В настоящее время большинство работ посвящено изучению этиологии и патогенеза холелитиаза, разрабатываются диагностические алгоритмы, обсуждаются приоритетные направления терапевтической тактики [1, 4—6]. Однако особую трудность при выявлении у ребенка конкрементов в желчном пузыре испытывают педиатры и гастроэнтерологи при необходимости решения вопросов о диспансеризации и этапном лечении детей с ЖКБ. В данной работе нами представлен опыт более чем 10-летнего наблюдения за детьми с желчнокаменной болезнью.

Этапы наблюдения

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).

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 — в том, что на этом этапе объективным является только визуализация конкрементов в желчном пузыре при ультразвукографии. Причина болей в животе по-прежнему не ясна. Не известен и химический состав желчных

камней. Не дифференцированы аномалии развития желчевыводящих путей (ЖВП) на всем их протяжении. Поэтому следует помнить, что обнаружение при ультразвукографии конкрементов в желчном пузыре не является поводом для выбора лечебной тактики (хирургическое или консервативное лечение).

Для того чтобы решить эти задачи, необходима госпитализация ребенка в специализированное отделение — *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), а для топической диагностики аномалий развития желчных путей, исключения сочетанного литиаза, включая внутриспеченочные желчные ходы, выполняется ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). Степень и характер обменных нарушений определяется с помощью лабораторных методов исследования. Для прогнозирования течения холелитиаза проводятся исследования HLA-фенотипа. 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. 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 [7, 8], поэтому при обнаружении желчных камней у детей до 3 лет и при отсутствии приступов желчной колики рекомендуется только наблюдение за детьми с выполнением ультразвукографии и биохимических анализов крови 1 раз в 3 месяца. Применение литолитических препаратов в этом возрасте не показано по двум причинам: 1) камни у детей этой возрастной группы — билирубиновые и не подлежат литолиту; 2) все «хеновые» препараты обладают (в той или иной степени) гепатотоксичностью, поэтому риск развития побочного действия более велик, чем достижение эффекта от терапии.

Возраст детей от 3 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 («Урсофальк»). Во всех других случаях лечебная тактика определяется в пользу планового хирургического лечения с использованием лапароскопической техники. Следует отметить, что чем раньше по возрасту и длительности заболевания выполнено оперативное вмешательство, тем лучше прогноз. Очевидно, что удаление шокового органа при лапароскопической холецистэктомии, 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 алиментарно-конституционального ожирения I–II степени). Очевидно, хирургическое вмешательство усугубляет нейроэндокринные изменения, происходящие в организме ребенка, нарушает их иммунологическую реактивность, что и является причиной манифестации других заболеваний. Детям 13–15 лет, страдающим холестериновым холелитиазом, возможно проведение литолитической терапии препаратами урсодеоксихолевой кислоты.

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 внутривнутрипеченочный литиаз у них обнаруживается только при ретроградной холангиопанкреатографии. Таким детям показана длительная консервативная терапия препаратами урсодеоксихолевой кислоты. 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 показана традиционная лапаротомия с выполнением более широкого оперативного вмешательства — холецистэктомии и пластики общего желчного протока, поскольку холедохолитиаз в детском возрасте обычно обусловлен грубыми аномалиями развития общего желчного протока (стеноз, киста холедоха и др.).

Другими причинами, влияющими на выбор лечебной тактики, являются длительность заболевания, величина и локализация 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 выявлялось 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. Кроме того, только у 1/3 детей старше 12 лет выявляются холестериновые камни, во всех остальных случаях камни — смешанные либо — билирубиновые, не подлежащие литолиту. Поэтому альтернативным методом лечения ЖКБ у детей остается на сегодняшний день хирургическое лечение с помощью эндоскопической техники (лапароскопическая холецистэктомия).

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 урсодеоксихолевой кислотой («Урсофальком») в сочетании с гепатопротекторами (по схеме). При удовлетворительном самочувствии и отсутствии рецидивов камнеобразования в течение 2 лет эти больные могут быть сняты с диспансерного учета. Дети, находящиеся на консервативном лечении, с диспансер-

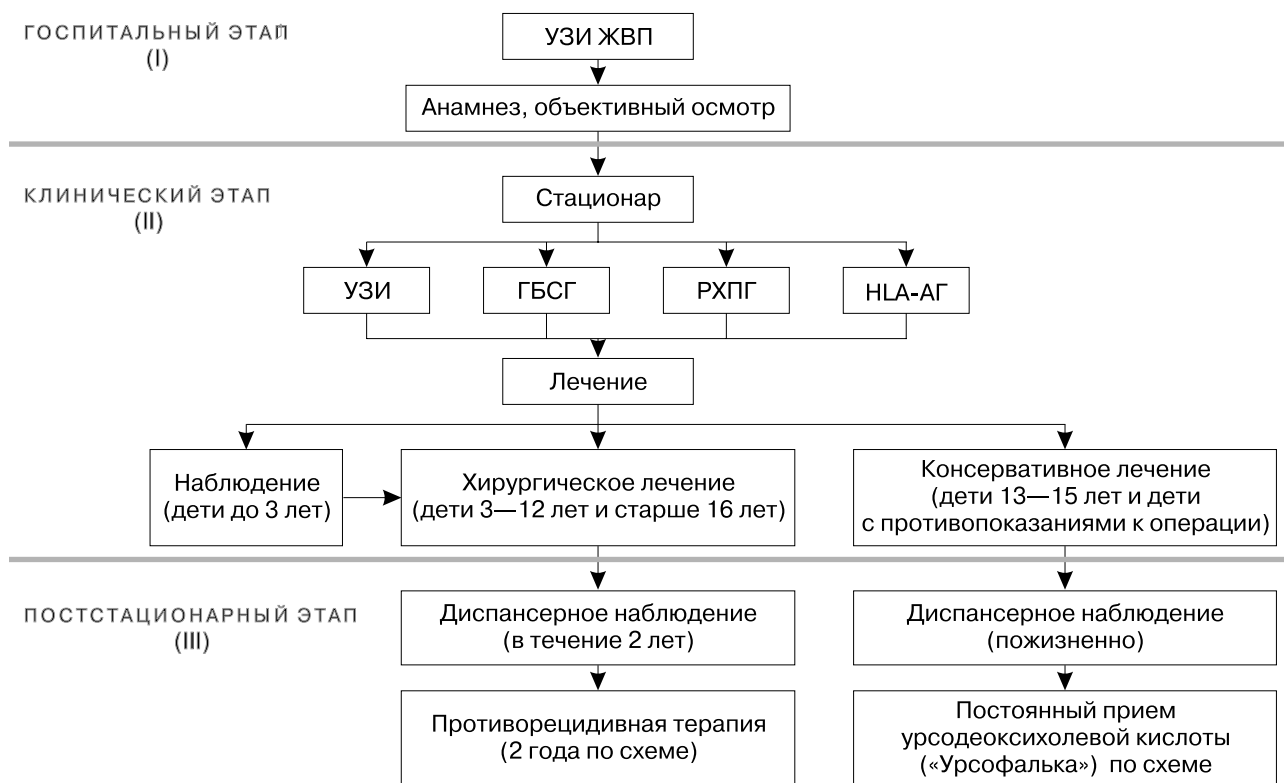


Рисунок. Алгоритм наблюдения за детьми с ЖБК

ного учета не снимаются: наблюдение специалистов необходимо им пожизненно.

Следует иметь в виду, что во всех случаях на III этапе наблюдения детям 1 раз в квартал выполняются УЗИ и биохимия крови с исследованием фракций холестерина (до снятия с диспансерного учета).

Заключение

Таким образом, организация наблюдения за детьми с желчнокаменной болезнью состоит из несколь-

ких 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 предложенному алгоритму наблюдения и обследования детей с ЖБК (рисунок). Выделение 3-х этапов наблюдения позволяет объективно оценить стадию и характер течения желчнокаменной болезни и предотвратить возможные до- и послеоперационные осложнения.

Статья предоставлена представительством компании «Д-р Фальк Фарма Гмбх» в Украине

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баиров Г.А., Эргашев Н.Ш. Диагностика и лечение ЖБК у детей // Клиническая хирургия.— 1989.— № 6.— С. 45—47.
2. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д., Цацианиди А.К. Лапароскопическая холецистэктомия // Хирургия.— 1993.— № 6.— С. 34—39.
3. Запруднов А.М., Мазурин А.В., Филин В.А. Критерии диагностики билиарной и гастродуоденальной патологии в детском возрасте // Вопросы охраны материнства и детства.— 1977.— № 9.— С. 41—48.
4. Запруднов А.М., Харитонова Л.А., Богомаз Л.В. Диагностика холелитиаза у детей // Росс. вестник перинатол. и педиатрии.— 1999.— Т. 44, № 5.

5. Запруднов А.М., Харитонова Л.А. Лечение детей с желчнокаменной болезнью (лекция) // Росс. вестник перинатол. и педиатрии.— 2000.— Том 45, № 2.
6. Радионов В.В. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с камнями желчных протоков // Хирургия.— 1990.— № 1.— С. 14—18.
7. Becker C.D., Nagy A.G., Tache J.S. et al. Obstructive jaundice and cholangitis due to choledocholithiasis: treatment by extracorporeal shock-wave lithotripsy // Can. J. Surg.— 1987.— Vol. 30, N 6.— P. 418—419.
8. Carey M.C. Formation of cholesterol gallstones: the new paradigms // Paumgartner G., Stiehl A., Geork W. Trends in bile acid research: Falk symposium N 52.— London: Kluwer Acad. Publ., 1988.— P. 259—281.