

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

*В статье показано, что желчнокаменная болезнь чаще всего выявляется в младшем школьном и подростковом возрасте, однако дебют заболевания у ряда детей относится к раннему и дошкольному возрасту. Возникновению желчнокаменной болезни у детей способствует комплекс факторов: генетическая предрасположенность, биологическая и социально-средовая отягощенность, заболевания желудочно-кишечного тракта, способствующие дисфункциональным нарушениям билиарной системы. Почти у половины детей отмечается латентное течение заболевания, а обнаружение конкрементов в желчном пузыре является диагностической находкой при плановом обследовании больных. Оптимальным методом лечения на современном этапе является лапароскопическая холецистэктомия, которой предшествует комплексная консервативная терапия.*

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, дети, клиническое течение.

Еще тридцать лет назад желчнокаменная болезнь (холелитиаз) не только не являлась проблемой детского возраста, но и была достаточно редким заболеванием в отличие от взрослых. По данным многочисленных эпидемиологических исследований распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) за последние годы приобрела устойчивую тенденцию к увеличению, как за рубежом, так и в странах СНГ [1]. Наблюдается увеличение частоты ЖКБ в раннем детском возрасте, что связывают с влиянием факторов риска, способствующих нарушению холестеринагенеза во время беременности [2]. По данным ряда исследователей частота холелитиаза у детей за последние десять лет возросла в десять раз (с 0,1% до 1%), у взрослых за этот период всего в 2 раза [3, 4].

В последние годы эта проблема является предметом пристального внимания педиатров, детских хирургов, специалистов по интраскопической диагностике, морфологов и др. Увеличение частоты желчнокаменной болезни связывают с количественными и качественными изменениями питания, наличием малоподвижного образа жизни, увеличением у детей стрессовых ситуаций, внеучебной нагрузки, ухудшением экологической обстановки [5].

Современные методы исследования позволяют диагностировать конкременты в желчном пузыре у детей любого возраста, включая новорожденных.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) у детей на современном этапе не только не является казуистикой, а составляет большую медицинскую и социальную проблему, вследствие своего хронического рецидивирующего течения, развития тяжелых осложнений, снижения качества жизни и социальной адаптации детей [6].

Не менее важную проблему составляет билиарный сладж, который в детском возрасте в настоящее время рассматривается как начальная стадия ЖКБ и представляет собой актуальную проблему не только гастроэнтерологии, но и современной педиатрии [7, 8].

До сих пор вопрос о тактике ведения детей с желчнокаменной болезнью остается дискуссионным. Это отчасти объясняется тем, что нет работ, посвященных динамике наблюдения за детьми с желчнокаменной болезнью и исходам этого заболевания в детском возрасте. Не освещены вопросы течения заболевания у детей в зависимости от стадии болезни. Нет однозначного ответа на вопрос, как трактовать у детей осадок в желчном пузыре. Не отражены возможные причинно-значимые факторы, обуславливающие течение и исход заболевания. В связи с этим не определен характер и объем лечебно-профилактических мероприятий у детей с холелитиазом. Все это делает изучение течения и исходов желчнокаменной болезни в детском возрасте актуальной проблемой [6, 9].

Однако, несмотря на актуальность проблемы, в доступной литературе встретились немногочисленные исследования об эпидемиологии желчнокаменной болезни у детей, особенностях течения заболевания, а также отдаленных результатах и исходах оперативного лечения калькулезного холецистита у детей [2, 6, 10].

Цель исследования: изучить эпидемиологию и клинические особенности желчнокаменной болезни у детей.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 58 случаев желчнокаменной болезни у детей в возрасте от 2 лет до 15 лет: истории болезни и истории развития 38 девочек и 20 мальчиков. В возрасте до 3 лет было 2 пациентов, с 3 до 6 лет – 5 детей; с 7 до 10 лет – 26 детей; с 11 до 15 лет – 25 детей.

Всем детям наряду с тщательным изучением анамнеза, оценкой объективных данных и комплексным клинико-лабораторным обследованием (общеклинические анализы, биохимический анализ крови (общий билирубин и его фракции, АЛТ и АСТ, тимоловая проба, холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) и липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), щелочная фосфатаза)) проводилось ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчевыводящих протоков.

Результаты исследования и их обсуждение: По результатам исследования отмечено, что пик заболеваемости (42,3%) приходится на младший школьный возраст, хотя формирование заболевания у ряда детей отмечалось в раннем и дошкольном возрасте. У 2-х детей конкременты были обнаружены в возрасте 2-3 года. Самому «молодому» пациенту диагноз «желчнокаменная болезнь» был выставлен в 2 года при ультразвуковом обследовании по поводу болей в животе. В половом аспекте четкое преобладание девочек (в 1,5-2 раза) отмечается с возраста 3-6 лет - 71,4% девочек и 28,6% мальчиков, 54,2% и 45,8% - в 7-10 лет. В целом во всей популяции наблюдается преобладание лиц женского пола (64,1%), что подтверждается многочисленными исследованиями как отечественных, так и зарубежных авторов [5, 7]. Среди обследованных пациентов у подавляющего большинства детей (95,6%) ЖКБ диагностирована на стадии формирования желчных камней. Почти у каждого четвертого ребенка (23,5%) длительность заболевания не превышала 1 года, у половины детей (52,5%) она составила 2 года и только у 1/5 детей (20,1%) продолжительность заболевания составила более 2 лет.

Выявлена также закономерность формирования желчнокаменной болезни в зависимости от места жительства ребенка. Согласно полученным данным большинство детей были городскими жителями (77%). Возможно, это обусловлено

влиянием таких факторов, как: особенности питания городского населения, более выраженная гиподинамия городских детей по сравнению с сельскими жителями, качество воды, экологическое неблагополучие и др.

Анализируя структуру сопутствующих заболеваний органов пищеварительного тракта у обследованных детей, оказалось, что у большинства больных (83%) имеется сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта, среди которой наиболее часто встречались следующие заболевания: хронический гастродуоденит (71,5%), дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) по гипомоторному типу (56,3%), хронический холецистит (31,9%).

Результаты исследования свидетельствовали о существенной отягощенности генеалогического анамнеза у обследуемого контингента детей с ЖКБ. Так, у трети детей (32,3%) отмечался отягощенный анамнез по ЖКБ, у большинства детей (71,4%) у родственников II - III линии родства имелись различные заболевания желудочно-кишечного тракта. Выявление семейных случаев ЖКБ свидетельствовало о роли наследственности в развитии данной патологии.

При изучении клинической картины ЖКБ у детей выявлено, что преобладающими симптомами течения заболевания были диспепсические расстройства (59,2%) и/или боли в животе (41,6%), либо их сочетание. У детей с клиническими проявлениями холелитиаза отмечались жалобы на боли в эпигастриальной области и правом подреберье (23,4%). Чаще всего дети жаловались на чувство тяжести в правом подреберье (32,7%), реже боли носили приступообразный характер (11,8%). Столь характерная для взрослых иррадиация болей в правое плечо для детей не типична и по результатам исследований наблюдалась лишь у 3-х больных.

Причиной болей чаще всего были погрешности в диете (прием жирной, жареной пищи, копченостей, пряностей) – 39,5%, несколько реже (26,3%) - физические нагрузки (бег, прыжки, игра в футбол, хоккей, уроки физкультуры).

Из диспепсических расстройств наиболее частыми и постоянными симптомами были тошнота (59,2%), горечь во рту (47,6%), несколько реже - рвота (11,9%), возникающая на высоте болевого приступа. Аппетит у большинства детей оставался неизменным.

Бессимптомное течение желчнокаменной болезни наблюдалось у 43,8% детей. Обнаружение камней в желчном пузыре у данных больных было диагностической находкой при проведении ребенку ультразвукового исследования.

В гемограмме на высоте приступа у 75% детей с болевой формой наблюдался умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 18-20мм/час, в межприступном периоде изменений со стороны показателей периферической крови не отмечалось.

В распознавании желчнокаменной болезни решающее значение принадлежит современным методам диагностики: ультразвуковое исследование органов брюшной полости. В наблюдениях ультразвуковое исследование желчного пузыря и протоков проведено всем больным. Почти у трети детей с холелитиазом (32,5%) было обнаружено утолщение и уплотнение стенок желчного пузыря до 2-6 мм (в среднем  $2,8 \pm 0,5$  мм), что указывает на наличие воспалительного процесса в желчном пузыре. У 52,7% больных обнаружены единичные конкременты, множественные камни (от 1 до 3-4 мм в диаметре) выявлены у 47,4%. Более крупные образования (до 7-16 мм в диаметре) – обнаружены у половины детей (52,4%).

При оценке биохимических показателей крови у 3,9% детей отмечалось умеренное увеличение общего билирубина за счет фракции непрямого билирубина, у 6,8% - холестерина, у 5,1% - триглицеридов, у 8% - ЛПНП, у 63,5% - щелочной фосфатазы. Данные изменения являются индикаторами холестатического синдрома и нарушения метаболизма желчных кислот.

Среднее значение уровня холестерина у детей с ЖКБ составило  $6,9 \pm 0,2$  ммоль/л, ЛПНП –  $0,698 \pm 0,021$  ммоль/л, триглицеридов –  $2,8 \pm 0,3$  ммоль/л.

В комплексной терапии желчнокаменной болезни у детей ведущими были: диетотерапия (диета №5 по Певзнеру), щадящий режим (постельный и полупостельный) и медикаментозная терапия: энтеросорбенты (уголь активированный, холестирамин, полифепан), спазмолитические препараты (но-шпа, папаверин, платифиллин), литолитические средства (урсофальк), гепатопротекторы (эссенциале, карсил, лив-52), ферментные препараты (панкреатин, мезим-форте, фестал).

Назначение препаратов урсодезоксихолевой кислоты выполнено у 14 детей. Лишь у единичных больных отмечалось незначительное уменьшение размеров конкрементов, у одной девочки в возрасте 12 лет после 2-летнего курса урсосана конкременты в желчном пузыре не обнаружены. Большинство детей не выполняли рекомендации гастроэнтеролога по длительности терапии (1,5-2 года) препаратами урсодезоксихолевой кислоты.

У половины детей с холелитиазом (45,5%) было проведено оперативное вмешательство - лапароскопическая холецистэктомия. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического калькулезного холецистита у детей благоприятные: ни у одного из наблюдаемых больных рецидивов камнеобразования не отмечено, у одного пациента развился постхолецистэктомический синдром.

Таким образом, желчнокаменная болезнь чаще всего выявляется в младшем школьном и подростковом возрасте, однако дебют заболевания у ряда детей относится к раннему и дошкольному возрасту.

Возникновению ЖКБ у детей способствует комплекс факторов: генетическая предрасположенность, биологическая и социально-средовая отягощенность, заболевания желудочно-кишечного тракта, способствующие дисфункциональным нарушениям билиарной системы. Почти у половины детей отмечается латентное течение заболевания, а обнаружение конкрементов в желчном пузыре является диагностической находкой при плановом обследовании больных. Оптимальным методом лечения на современном этапе является лапароскопическая холецистэктомия, которой предшествует комплексная консервативная терапия.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Царькова О.Н. Течение и исходы желчнокаменной болезни у детей. Автореф. дис. канд. мед. наук. – М.: 2005. - 23с.

- 2 Шакарян К.А. Особенности терапевтической тактики при желчнокаменной болезни у детей раннего возраста. Автореф. дис. канд. мед. наук. – М.: 2010. – 26 с.
- 3 Шеина О.П., Чередниченко А.М. Желчнокаменная болезнь у детей // Вестник Уральской медицинской академической науки. - 2010. - Т. 31. - № 3. - С. 63-68.
- 4 Богомаз Л.В., Щербатов П.Л., Царькова О.Н., Алексеева Ю.Е., Ермоленко Н.А., Кочетова Е.А., Шакарян К.А. Диагностический алгоритм заболеваний билиарного тракта у детей // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2010. - № 1. - С. 8-14.
- 5 Харитонов Л.А. Терапевтическая тактика при желчнокаменной болезни у детей // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2011. - № 1. - С. 72-77.
- 6 Косарева Т.М., Орлова Ю.Н. Клинико-диагностические особенности холестероза желчного пузыря у детей // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2010. - № 1. - С. 15-19.
- 7 Пименова Н.В., Казначеев К.С., Казначеева Л.Ф. Желчнокаменная болезнь у детей // Практическая медицина. - 2011. - № 53. - С. 16-19.
- 8 Pazzi E., Gamberini S., Buldrini P., Gullini S. Biliari sludge: the sluggish // Digestive and liver disease. – 2003. - Vol. 35. – Suppl. 3. - P. 39 – 45.
- 9 Papandreou E., Gentimi F., Baltogiannis N., Livaditi E., Loukas I., Christopoulos-Geroulanos G. Laparoscopic cholecystectomy in children: a 5-year experience // Pediatrics. – 2008. - Vol. 121. - Suppl. 2. – P. 163 – 164.
- 10 Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Билиарная патология у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2008. - Т. 53. - № 6. - С. 102-102.

#### БАЛАЛАРДЫҢ ӨТ-ТАСТЫҚ АУРУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

**Түйін:** Мақалада өт-тас ауруы көбінесе ерте мектеп жасында және жасөспірім шақта анықталатыны туралы жазылған, алайда аурудың алғаш пайда болуы кейбір балаларда ерте және мектеп жасына дейінгі кезеңдерде анықталады. Балаларда өт-тас ауруының пайда болуына бірқатар факторлар кешені әсер етеді: генетикалық бейімділік, биологиялық және әлеуметтік-орталық салмақ салу, билиар жүйесінің дисфункционалды бұзылуына себепші болатын асқазан-ішек жолдары аурулары. Шамамен балалардың жартысында аурудың латентті ағымы анықталып отыр, өт қалтасында конкременттердің табылуы науқастарды жоспарлы тексеру кезіндегі диагностикалық өнертабыс болып табылады. Қазіргі кезеңде емдеудің оңтайлы әдісі лапароскопиялық холецистэктомия болып табылады, ол кешенді консервативті терапияның алдында болады.

**Кілт сөздер:** өт-тас ауруы, балалар, клиникалық ағым

#### CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF GALLSTONE DISEASE IN CHILDREN

**Resume:** In article it is shown that the gallstone disease is most often taped at younger school and teenage age, however the disease debut at a series of children belongs to the early and preschool I will increase. Gallstone disease emergence at children is promoted by a complex of factors: genetic predisposition, biological and social and environmental burdens, the diseases of a gastrointestinal tract promoting dysfunctional disturbances of billiary system. Almost at a half of children the latent course of a disease becomes perceptible, and detection of concrements in a gall bladder is a diagnostic find at planned inspection of patients. Optimum method of treatment at the present stage is the laparoscopic cholecystectomy to which complex conservative therapy precedes.

**Keywords:** gallstone disease, children, clinical current.