

Ю. Д. Эйсмонт

## ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА

*Детская городская клиническая больница №9  
г. Екатеринбург*

### Аннотация

Этиология желчнокаменной болезни обусловлена наследственным фактором, недоношенностью, длительным парентеральным питанием. В 65% случаях представлено бессимптомное течение заболевания. УЗИ органов брюшной полости является основным методом визуализации конкрементов в желчном пузыре на этапе скрининг-диагностики и оценки в динамике.

**Ключевые слова:** холелитиаз, дети, ранний возраст.

Среди заболеваний пищеварительной системы удельный вес желчнокаменной болезни (ЖКБ) у детей составляет более 1%. Последние 10 лет характеризуются не только ростом частоты этой патологии в десять раз, но и явным ее омоложением [1, 3, 5]. Все чаще холелитиаз диагностируют у детей первых 3-х лет жизни [1, 2], отдельного внимания заслуживают случаи у детей грудного возраста и новорожденных [2, 5]. 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 [3, 4, 5]. Приоритетным методом лечения холелитиаза у детей любого возраста является лапароскопическая холецистэктомия [2]. Учитывая многогранность этиологической структуры ЖКБ, в нашей работе будут обозначены причины образования камней желчного пузыря у детей до 1 года.

Этиология ЖКБ детей до 1 года:

- недоношенность — в отечественной и зарубежной литературе фигурируют сроки гестации 28-32 нед.;
- наследственная принадлежность (HLA B12, HLA B18, HLA A9, HLA A11, HLA A26, HLA Cw<sup>3</sup>, HLA Cw4); только при наследовании HLA B12 риск развития ЖКБ составляет 30%, при наличии HLA B18-40%, в случае сочетания двух антигенов у одного ребенка риск развития заболевания увеличивается до 70%;
- длительное парентеральное питание;

- ИВЛ;
- антибактериальная терапия (цефалоспорины III-IV поколения);
- диуретики (фуросемид);
- заболевания (состояния), сопровождаемые длительным гемолизом;
- врожденные аномалии желчевыводящих путей;
- муковисцидоз.

В качестве дополнительных факторов обсуждаются:

- ранний перевод детей на искусственное вскармливание;
- УЗИ плода в рамках антенатальной диагностики и УЗИ органов брюшной полости в первые месяцы жизни.

Камни, образующиеся в желчном пузыре, подразделяются на холестериновые, пигментные и смешанные. Для детей первого года жизни характерно формирование билирубиновых камней. Камни преимущественно образуются в желчном пузыре вследствие повышения концентрации в нем билирубината кальция. Это происходит в результате гидролиза эндогенной β-глюкуронидазой несвязанного билирубина, причинами которого являются внутрисосудистый гемолиз и внутripеченочная циркуляция билирубина (при болезни Крона, фиброзе желчного пузыря и др.).

Более половины случаев ЖКБ у детей (до 65%) приходится на бессимптомное течение, так называемые «молчащие камни», которые случайно диагностируются на УЗИ. В случае бессимптомного течения ЖКБ у новорожденных и детей раннего возраста рекомендуется динамическое наблюдение с периодиче-

ским УЗ-контролем. Спонтанное разрешение конкрементов желчного пузыря происходит в течение 6 месяцев жизни. При сохранении камней после 6 месяцев наблюдение продолжается до 3 лет, так как в 50% существует возможность инволюции.

В план обследования маленьких пациентов входит УЗИ брюшной полости кратностью 1 раз в 3-6 месяцев; консультация гастроэнтеролога с целью назначения литолитической терапии.

Абсолютными показаниями к оперативному лечению являются:

- пороки развития желчевыводящих протоков и желчного пузыря;
- значительные нарушения или отсутствие функции желчного пузыря;
- множественные подвижные конкременты;
- холедохолитиаз;
- воспалительный процесс в желчном пузыре.

К относительным показаниям следует отнести наличие единичных подвижных конкрементов в желчном пузыре, а также бессимптомное течение. Учитывая высокое сочетание у детей холелитиаза с аномалиями и пороками развития желчевыводящих путей, применение комплекса ультразвуковых исследований сочетается в предоперационном периоде с МР-холангиографией. Операцией выбора является лапароскопическая холецистэктомия. Противопоказаниями к лапароскопической холецистэктомии являются: холедохолитиаз, стеноз большого дуоденального соска, опухоли большого дуоденального соска, стриктура дистального отдела гепатикохоледоха, грубые рубцово-спаечные процессы после ранее перенесенных заболеваний на верхних этажах брюшной полости.

В консультативно-диагностической поликлинике ДГКБ №9 наблюдается 2 детей в возрасте 7 мес. и 1 года с диагнозом: желчнокаменная болезнь, бессимптомное течение.

Клинический случай 1. Пациент И. 4 мес. при прохождении планового УЗИ органов брюшной полости в 3 мес. выявлен конкремент желчного пузыря 10,6 х 3,6 мм. Из анамнеза: ребенок от 5 беременности, 3 оперативных родов в сроке 28 нед. Масса при рождении 990 г, рост 35 см. Аппар 5/6 б. Течение беременности на фоне гипотиреоза, хронического

токсоплазмоза, носительства ЦМВ и ВПГ, генетическая тромбофилия. Наследственность: отец — ЖКБ.

14 суток находился в ОРИТН ДГБ №10 с диагнозом: недоношенность, 28 нед. Экстремальная низкая масса тела при рождении. ППЦНС гипоксически-ишемического генеза тяжелой степени тяжести, ранний восстановительный период. Церебральная ишемия 3-1 степени с лейкомаляцией. Морфо-функциональная незрелость головного мозга. ВПС: открытый артериальный проток (2,6 мм) с нагрузкой на левые отделы сердца. ФОО. Бicuspidальный аортальный клапан. Кардиопатия недоношенного НК 2А степени. Энтеральная недостаточность (купирована). Перенесенный КРДС ДН 3 степени (купированы, ИВЛ 1 сутки, СРАР 3 суток). БЛД, средне-тяжелое течение. Ретинопатия недоношенного легкой степени. Угрожаем по тугухости. Ребенок находится на грудном вскармливании, по требованию. Вес 4 кг. Рост 54 см. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения гепато-билиарного тракта отрицательные. Биохимический анализ крови: билирубин общий — 49 ммоль/л, прямой — 5,7 ммоль/л, непрямой — 43,3 ммоль/л. УЗИ органов брюшной полости — конкремент желчного пузыря 10,6х3,6 мм. Консультирован гастроэнтерологом, назначена литолитическая терапия (урсосан).

Осмотрен повторно с результатом УЗИ органов брюшной полости в возрасте 7 мес., готовится на оперативное лечение по поводу ВПС: открытый артериальный проток (2,6 мм) с нагрузкой на левые отделы сердца; ФОО; бicuspidальный аортальный клапан; кардиопатия. По данным УЗИ — конкремент желчного пузыря 10,6х4,6 мм. Рекомендовано продолжение литолитической терапии, УЗИ-контроль органов брюшной полости в 1 год.

Клинический случай 2. Пациент Т. 1 года, при прохождении планового УЗИ органов брюшной полости выявлены 4 конкремента от 2,4 до 4,7 мм. Активно жалоб не предъявляет. Из анамнеза: ребенок от 3 беременности 2 срочных самостоятельных родов. С рождения на грудном вскармливании. Наследственный анамнез не отягощен. Живот мягкий, безболезненный. Рекомендовано выполнить УЗИ органов брюшной полости повторно через 3 месяца. Консультирован гастроэнтеро-

логом, назначен биохимический анализ крови (билирубин общий, прямой, непрямой, АЛТ, АСТ), курс литолитической терапии (урсофальк).

Представленные клинические случаи демонстрируют клиническую картину бессимптомного течения желчнокаменной болезни с диаметрально противоположным анамнезом жизни. В первом клиническом примере ведущую роль занимает недоношенность и морфо-функциональная незрелость с отягощенной наследственностью. Он включил большинство предрасполагающих факторов к развитию камнеобразования.

#### **Выводы:**

1. Желчнокаменная болезнь — полиэтиологичное заболевание. Основными причинами камнеобразования у детей до 1 года являются неблагоприятная наследственность, недоношенность, ИВЛ и парентеральное питание в период новорожденности.

2. Клиническая картина холелитиаза у детей до 1 года отличается своим бессимптомным течением.

3. Ведущими методами диагностики являются ультразвуковое исследование и динамическая сцинтиграфия гепатобилиарной области.

4. Ведение пациентов совместно с гастроэнтерологом, назначение литолитической терапии позволяют осуществлять динамическое наблюдение и определиться с тактикой лечения.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Баранов А. А., Климанской Е. В., Римарчук Г. В. Детская гастроэнтерология. — Москва, 2002.
2. Залихин Д. В. Лапароскопическая холецистэктомия у детей. — Автореферат, 2002.
3. Запруднов А. М., Харитонов Л. А. Особенности желчнокаменной болезни в детском возрасте (этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика). — Москва, 2002.
4. Иванченкова Р. А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. Москва: Атмосфера. — 2006.
5. Pediatric Gastrointestinal Diseases (Pathophysiology, Diagnosis, Management)/Ed. R. Wyllie, J. S. Hyams. — 2000. — P. 976.