

## ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ

Ельцова С.А., Цион И.Е.

Желчно-каменная болезнь - заболевание, характеризующееся образованием камней в желчном пузыре. реже - в желчных протоках. Ее рассматривают как состояние нарушения холестерина обмена, эволюционную фазу более ранних заболсваний желчных путей, а именно дискинезии, дискринии, дисхонии - факторов, обычно сочетающихся один с другим.

До недавнего времени считалось, что желчно-каменная болезнь у детей встречается редко. Однако в связи с обострившейся экологической обстановкой, особенностями питания детей желчно-каменная болезнь приобретает тенденцию к нарастанию частоты распространения.

Так, в 1996 году мы наблюдали 25 детей, в 1998 г. - 34 ребенка, в 1999 г. - 46 детей с желчно-каменной болезнью, т.е. за последние 3 года число больных, наблюдаемых нами, увеличилось почти в 2 раза.

Возраст наблюдаемых больных составляет от 2,5 до 14 лет, как правило, чаще болеют девочки.

Тактика лечения больных с желчно-каменной болезнью строится с учетом ее тяжести. Лечение больных этапное. На первом этапе больные госпитализируются в гастроэнтерологическое отделение нашей больницы. Там же осуществляется консультация хирурга с целью определения тактики ведения больного, оперативное либо консервативное лечение. Далее больные поступают под наблюдение врача консультативной поликлиники. В процессе реабилитации больных по-прежнему участвует хирург.

Дети осматриваются каждые 3-6 месяцев с контролем УЗИ. Оценивается общее состояние больного ребенка, эффективность консервативной терапии.

Основными критериями являются сведения о жалобах детей, получаемые от матери.

Они очень важны, поскольку мать может дать исчерпывающую информацию о самочувствии ребенка. Если не отмечаются боли в животе и при этом размеры конкрементов составляют не более 0,6 см, показания к оперативному лечению относительные, больные ведутся консервативно.

Абсолютными показаниями к оперативному лечению являются постоянные боли в животе, осложнения желчно-каменной болезни, в частности, отключенный желчный пузырь (по данным УЗИ), желтуха, и редко у детей, в отличие от взрослых, деструктивный холецистит.

С 1995 года при проведении холецистэктомии у детей применяется малоинвазивная методика - лапароскопическая холецистэктомия.

Специфическая терапия проводится препаратами хенодзоксихолиевой и урсодзоксихолиевой кислоты (хенофальк, хеносан, хенохол, урсосан,

урсофальк). Препараты назначаются в дозе 15 мг/кг в сутки. Длительность 3-15 мес.

Проводимое лечение контролируется УЗИ брюшной полости.

Среди больных, получивших консервативное лечение, мы выделили несколько групп.

Первую группу составили 12 больных, у которых в течение 3-15 мес. консервативного лечения наблюдалась положительная динамика в виде измельчения камней (исходно они были мелкими).

Вторую группу составили 10 детей. У них препараты хено- и урсодиоксиголевой кислоты были отменены ввиду отсутствия эффекта лечения в течение 6 мес. приема. Им проведено хирургическое лечение.

Третью группу составили 9 больных, которым консервативное лечение было проведено препаратом холагогум-комбинированным растительного происхождения, обладающим желчегонным эффектом, улучшающим обмен в клетках печени, способствующим растворению холестериновых камней. Препарат назначался в возрастных дозировках. Длительность терапии составляла 3 мес. Побочных реакций после приема препарата не наблюдалось. Литолитический эффект был отмечен только у одного больного этой группы.

Мы наблюдали еще 9 больных, которым описываемая терапия не применялась в связи с наличием противопоказаний (язвенной болезни, тяжелые поражения печени, возраст до 3 лет, ДЦП и др.). Этих больных мы ведем так же консервативно, назначая фитотерапию, биологически активные препараты, периодически препараты-ферменты.

У ряда больных, наблюдаемых нами, проведена лапароскопическая холецистэктомия. Это дети с множественными или крупными (размеры больше 0,6 см) конкрементами, а также нефункционирующим желчным пузырем. Все дети, получившие оперативное лечение, были обследованы в условиях специализированного отделения, где была выявлена сопутствующая патология в виде хронического гастродуоденита (эрозивного и неэрозивного), рефлюкс-гастрита, хронического энтероколита, панкреатита. Всем этим больным показана длительная реабилитация в связи с наличием разнообразной патологии органов пищеварения.

Оперированным детям помимо лечения сопутствующей патологии и использованием препаратов-спарантов, антацидов, ферментов, биопрепаратов, гепатопротекторов, витаминов и др., в течение 3 мес. после оперативного лечения рекомендована терапия препаратами-литолитиками, в частности, хеносаном, урсосаном с целью профилактики рецидивов камнеобразования.

Таким образом, ведение больных с желчно-каменной болезнью на сегодняшний день представляет сложную задачу. Поскольку после холецистэктомии, проведенной в детском возрасте неизбежно развивается либо прогрессирует сопутствующая патология органов пищеварения, должен быть

продолжен поиск показаний к оперативному лечению. При долговременном наблюдении педиатра-гастроэнтеролога и хирурга этот вопрос можно решать более оперативно.

## **РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

**Шенна О.П.**

Через гастроэнтерологическое отделение ДГКМБ № 9 г. Екатеринбурга проходит ежегодно 170-180 детей, страдающих эрозивно-язвенным процессом гастродуоденальной зоны. Исследования методом ИФА и ФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка подтвердили, что в 90% случаях эрозивно-язвенный процесс ассоциируется с *Helicobacter pylori* (Hр). Часть детей имела язвы стрессового или медикаментозного характера, часть - эрозивный антральный гастрит на фоне выраженной дискинезии желчевыводящих путей, дуоденогастрального рефлюкса.

Проанализировано 45 историй болезни детей, пролеченных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и эрозивного гастродуоденита, ассоциированных с Hр. Возрастной состав больных: от 6 до 10 лет - 7 детей, от 11 до 13 лет - 24 ребенка, от 14 до 15 лет - 14 детей. По половому составу наши больные не отличались от приводимых в литературе данных, т.е. преобладали мальчики (31 ребенок) по сравнению с больными девочками (14 детей). У 35 детей был отягощен наследственный анамнез по язвенной болезни, отмечаемой у родителей и ближайших родственников. 28 больных были из семей, где родители или сибсы страдали язвенной болезнью или хроническим гастродуоденитом. У всех детей из этих семей с раннего возраста (с 5 - 6 лет) отмечался болевой абдоминальный синдром. Длительность болевого и диспепсического синдрома до проведения первого эндоскопического исследования составляла несколько лет. Нередко наблюдалась трансформация хронического гастродуоденита в язвенную болезнь, что, видимо, является характерным для хеликобактериоза. У 30 детей при обследовании была выявлена выраженная гиперхлоргидрия. Клиническая симптоматика у больных с впервые выявленной язвенной болезнью (16 детей) была типичной, т.е. больные отмечали натощаковые боли с локализацией в эпигастральной и гастродуоденальной области, признаки ацидоза в виде изжоги, отрыжки кислым или кислого привкуса на губах и языке. Некоторые больные указывали на ночные боли. При рецидивирующем течении язвенной болезни (12 больных) болевая абдоминальная симптоматика отсутствовала. Это важно учитывать при диспансерном наблюдении за больными и проведении контрольных исследований. Такие больные требуют активного привлечение к проведению противорецидивного лечения.