



Возможности консервативной терапии холестероза желчного пузыря у детей

Т.М. Юдина, Л.А. Харитонова

Адрес для переписки: Татьяна Михайловна Юдина, tat.youdina@gmail.com

В статье представлен алгоритм ведения пациентов детского возраста с холестерозом желчного пузыря в зависимости от клинической симптоматики и данных объективных методов диагностики. Приведены результаты консервативной терапии у 15-летней больной с полипозно-сетчатой формой холестероза желчного пузыря.

Ключевые слова: холестероз, желчный пузырь, дети, лечение

Введение

Холестероз желчного пузыря (ХЖП) – обменное заболевание, характеризующееся диффузным или очаговым накоплением в стенке желчного пузыря холестерина. Впервые ХЖП был описан полтора века назад.

В литературе встречается несколько синонимичных названий ХЖП, характеризующих внешний вид внутренней оболочки желчного пузыря при данной патологии: малиновый, земляничный, рыбьешуйчатый, крапчатый и др. Термин «холестероз», предложенный в 1925 г. N. Mendez-Sanches, в настоящее время чаще других используется в научной литературе [1, 2].

Длительное время ХЖП считали редким и трудно диагностируемым заболеванием у взрослых, казуистикой – у детей. В доступной литературе до недавнего вре-

мени встречались лишь единичные описания ХЖП в детском возрасте. Все они являлись секционной находкой при исследовании ткани желчных пузырей, удаленных по поводу желчнокаменной болезни [3]. В последние годы, вследствие широкого внедрения в практику высокоинформативных методов исследования, в частности ультрасонографии, а также активного изучения нарушений липидного обмена, ХЖП стали выявлять значительно чаще [2, 4]. В педиатрической практике остается нерешенным ряд вопросов, касающихся не только причин развития данного заболевания, но и современных возможностей его лечения [5, 6].

Методы лечения

До настоящего времени единственным методом лечения детей с ХЖП считалась холецистэкто-

мия [3]. Как правило, педиатры склонялись к оперативному вмешательству, поскольку возникали сложности в интерпретации выявленных патологических изменений стенки желчного пузыря [5, 6]. Появление ультразвуковых аппаратов с высокой разрешающей способностью позволило не только проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, но и выявлять ХЖП на ранних стадиях, проследить динамику его течения у детей [6]. Это потребовало разработки новых подходов к тактике ведения и оптимальных методов лечения таких больных.

Алгоритм ведения детей с ХЖП, разработанный нами на основании результатов многолетних исследований, приведен на рис. 1. Выжидательная тактика предполагает несколько основных этапов:

- динамическое ультразвуковое наблюдение с оценкой патологических изменений в стенке желчного пузыря и определение его сократительной способности;
- контроль биохимических показателей белкового (альфа- и бета-глобулинов) и липидного спектра с определением уровней общего холестерина (ОХС), липопротеинов низкой (ЛПНП), очень низкой (ЛПОНП) и высо-



Примечание. ССЖП – сократительная способность желчного пузыря, УЗ – ультразвук, ИСЖП – индекс сокращения желчного пузыря, УДХК – урсодезоксихолевая кислота, ПХЭС – постхолецистэктомический синдром.

Рис. 1. Тактика ведения больных с холестерином желчного пузыря

кой (ЛПВП) плотности, триглицеридов (ТГ);

- диетические рекомендации.

При наличии отрицательной клинической и ультразвуковой динамики (появление выраженных болей, увеличение количества и размеров полипов (более 10 мм)), а также в отсутствие положительного эффекта от консервативной терапии в течение 12 месяцев необходимо решать вопрос о проведении холецистэктомии.

Поскольку, по мнению многих авторов, ХЖП – проявление липидного дистресс-синдрома, наиболее оправданной тактикой его лечения на современном этапе считается консервативная терапия [7].

В литературе имеются многочисленные данные об успешном применении препаратов желчных кислот для лечения ХЖП у взрос-

лых [1, 2, 4]. Обоснованием для их применения послужили сведения о том, что урсодезоксихолевая кислота (УДХК) восстанавливает нарушенный метаболизм ХС, снижает содержание ЛПНП и повышает уровень ЛПВП. Применение препаратов УДХК при ХЖП у взрослых приводит к улучшению клинической картины, регрессу патологических изменений в стенке желчного пузыря и нормализации липидного обмена.

Данных об эффективности консервативного лечения ХЖП у детей в литературе нет. Результаты нашего исследования, проведенного на кафедре педиатрии с инфекционными болезнями у детей РНИМУ им. Н.И. Пирогова в течение 2008–2014 гг., также свидетельствуют об эффективности терапии препаратами УДХК в отношении клинических проявле-

ний, нормализации ультразвуковых и биохимических маркеров ХЖП.

Клинический случай

Родители 15-летней больной А. обратились к гастроэнтерологу по месту жительства с жалобами на появление у девочки чувства тяжести в правом подреберье после еды. Из анамнеза известно, что в течение нескольких месяцев ее беспокоили тяжесть в правом подреберье после приема пищи, тошнота, иногда рвота. Болей в животе, нарушения стула не отмечалось. При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлены гиперэхогенные образования, которые были приняты за конкременты желчного пузыря. С диагнозом желчнокаменной болезни (?) пациентку направили на консультацию на кафедру

гастроэнтерология



Рис. 2. Данные трансабдоминального УЗ-сканирования брюшной полости больной А.

педиатрии с инфекционными болезнями у детей РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Анамнез жизни. Девочка от второй беременности (первая – «замершая» беременность на сроке восемь недель, протекавшей на фоне угрозы прерывания, повышения уровня тестостерона до 5,2 нмоль/л (норма до 2,7 нмоль/л), ОХС до 7,5 ммоль/л (норма до 4,6 ммоль/л). С седьмую по 32-ю неделю беременности мать принимала метилпреднизолон 8 мг/сут.

Роды срочные, самостоятельные. Масса тела при рождении – 3850 г, длина 52 см, выписана из роддома на четвертые сутки. На грудном вскармливании находилась до двух месяцев. Росла и развивалась соответственно возрасту. Привита по возрасту. Перенесенные заболевания: острая респираторная вирусная инфекция, ветряная оспа, краснуха, скарлатина. Аллергический анамнез не отягощен.

Оптимальным методом лечения холестероза желчного пузыря у детей является консервативная терапия с применением урсодезоксихолевой кислоты в стандартной дозе с соблюдением диетических рекомендаций

Мать девочки, 53 года, страдает ожирением 2-й степени и сахарным диабетом 2-го типа. Отец, 55 лет, страдает ишемической болезнью сердца, атеросклерозом, облитерирующим эндартериитом, в возрасте 40 лет перенес острый инфаркт миокарда. Бабушка по линии матери 76 лет – сахарный диабет 2-го типа, гипертоническая болезнь. Дедушка по линии отца умер в возрасте 55 лет от обширного инфаркта миокарда.

Данные объективного исследования. Состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес 72 кг. Физическое развитие высокое, дисгармоничное за счет избытка массы тела. Телосложение правильное. Кожные покровы смуглые, чистые. Лимфоузлы не увеличены. Видимые слизистые оболочки чистые, розовые. Подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, распределена равномерно, по женскому типу. Костно-мышечная система без видимой патологии. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы отсутствуют. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот обычной формы, симметричен, не вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Нижний край печени +1 см от края реберной дуги по правой средней ключичной линии, гладкий, эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Мочепускание регулярное, безболезненное. Стул оформленный, ежедневный, без видимых примесей.

Общие анализы мочи и крови без отклонений от нормы.

Биохимическое исследование сыворотки крови:

- ✓ общий белок – 76 г/л;
- ✓ альбумины – 55%;
- ✓ глобулины – 45% (альфа-1 – 5,0%, альфа-2 – 9,2%, бета – 17,2%, гамма – 13,5%);
- ✓ мочевины – 5,2 ммоль/л;
- ✓ креатинин – 65 ммоль/л;
- ✓ глюкоза – 5,3 ммоль/л;
- ✓ ОХС – 5,4 ммоль/л;
- ✓ ЛПНП – 3,3 ммоль/л;
- ✓ ЛПВП – 1,4 ммоль/л;

- ✓ ЛПОНП – 0,7 ммоль/л;
- ✓ коэффициент атерогенности (КА) – 2,9;
- ✓ ТГ – 1,52 ммоль/л;
- ✓ билирубин общий – 6,8 мкмоль/л;
- ✓ щелочная фосфатаза (ЩФ) – 275 Ед/л (норма до 300 Ед/л);
- ✓ аспартатаминотрансфераза (АСТ) – 26 Ед/л;
- ✓ аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 34 Ед/л;
- ✓ лактатдегидрогеназа (ЛДГ) – 180 Ед/л (норма до 225 Ед/л);
- ✓ альфа-амилаза – 144 Ед/л (норма до 220 Ед/л).

Трансабдоминальное ультразвуковое исследование брюшной полости. Размеры печени не увеличены, эхогенность печени слегка повышена, структура однородная. Желчный пузырь – 62 × 25 мм, стенки уплотнены, неравномерно утолщены, с множественными включениями, толщина передней стенки 2,2–3,5 мм на различных участках. На передней стенке желчного пузыря определяется неподвижное гиперэхогенное неоднородное по структуре образование без акустической тени и признаков васкуляризации размером до 4,0 мм. В просвете желчного пузыря рыхлый осадок. Сократительная способность – 28% (снижена) (рис. 2).

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования был поставлен диагноз «холестероз желчного пузыря, полипозно-сетчатая форма, со снижением функции опорожнения».

Больной было назначено лечение:

- ✓ диета № 5;
- ✓ Урсосан по четыре капсулы в день (одна утром, три на ночь) в течение шести месяцев;
- ✓ Фламин по одной таблетке три раза в день + Энтеросан по одной капсуле три раза в день + Гепатосан по одной капсуле три раза в день по схеме: один месяц прием – один месяц перерыв;
- ✓ после этого Одестон по одной таблетке три раза в день + Фитомуцил по одному пакетику

ФЛАМИН

СОЗДАНО ПРИРОДОЙ,
ПРОВЕРЕНО ВРЕМЕНЕМ!



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

- Функциональные нарушения билиарного тракта
- Функциональные запоры
- Лямблиоз
- Затяжное течение функциональной желтухи новорожденных
- Острые и хронические гепатиты различного генеза



- Вирусный гепатит А
- Жировая дистрофия печени
- Хронический некалькулезный холецистит
- Хронический гастродуоденит с избыточным бактериальным ростом
- Заболевания кишечника с избыточным бактериальным ростом
- Синдром раздраженного кишечника с запором
- Холестероз желчного пузыря

С 1-го МЕСЯЦА
ЖИЗНИ!

Millor
Pharma

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

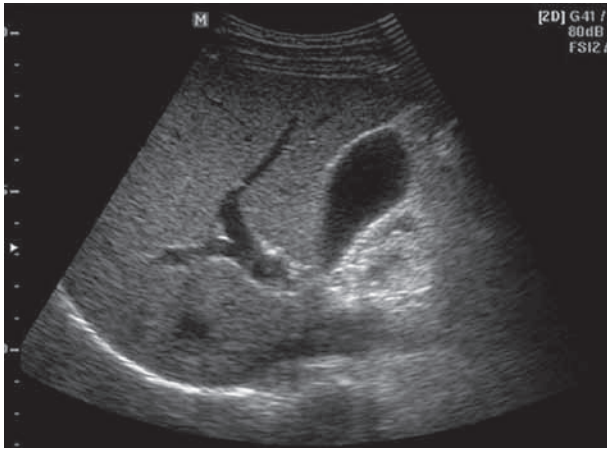


Рис. 3. Данные трансабдоминального УЗ-сканирования брюшной полости больной А. через шесть месяцев после консервативной терапии

три раза в день в течение месяца.

Через шесть месяцев на фоне непрерывно проводимой терапии отмечалась положительная динамика: ощущения тяжести в правом подреберье после приема пищи исчезли, нормализовались показатели биохимического обмена, произошло нивелирование ультразвуковых признаков холестероза.

Результаты биохимического исследования сыворотки крови:

- ✓ общий белок – 70 г/л;
- ✓ альбумины – 62%;
- ✓ глобулины – 38% (альфа-1 – 5,2%, альфа-2 – 9,2%, бета – 11,1%, гамма – 12,5%);
- ✓ мочевины – 5,2 ммоль/л;
- ✓ креатинин – 65 ммоль/л;
- ✓ глюкоза – 4,9 ммоль/л;
- ✓ ОХС – 4,7 ммоль/л;
- ✓ ЛПНП – 2,6 ммоль/л;
- ✓ ЛПВП – 1,6 ммоль/л;
- ✓ ЛПОНП – 0,5 ммоль/л;
- ✓ КА – 1,9;
- ✓ ТГ – 1,08 ммоль/л;
- ✓ билирубин общий – 6,7 мкмоль/л;
- ✓ ЩФ – 200 Ед/л (норма до 300 Ед/л);
- ✓ АСТ – 20 Ед/л;
- ✓ АЛТ – 27 Ед/л;
- ✓ ЛДГ – 169 Ед/л (норма до 225 Ед/л);
- ✓ альфа-амилаза – 145 Ед/л (норма до 220 Ед/л).

Ультразвуковое исследование брюшной полости: размеры печени не увеличены, эхогенность печени нормальная, структура однородная. Желчный пузырь – 59 × 23 мм, стенки немного уплотнены, равномерные, толщина

передней стенки 1,8 мм. Эхопозитивных образований в просвете желчного пузыря не выявлено. Сократительная способность – 47% (норма) (рис. 3).

При обследовании девочки через три, шесть и 12 месяцев после окончания терапии патологических изменений в стенке желчного пузыря не выявлено, показатели липидного обмена соответствовали возрастной норме.

Выводы

1. Оптимальным методом лечения ХЖП у детей является консервативная терапия с применением УДХК в стандартной дозе с соблюдением диетических рекомендаций.
2. Дети хорошо переносят лечение препаратами УДХК, в том числе в сочетаниях с другими лекарственными средствами.
3. С помощью консервативной терапии можно не только добиться нивелирования ультразвуковых признаков холестероза, но и нормализовать липидный обмен.
4. Оперативное лечение показано лишь в случае желчной колики. ☉

Литература

1. Иванченкова Р.А., Свиридов А.В., Грачев С.В. Холестероз желчного пузыря: современный взгляд на патогенез, клинику, диагностику и лечение. М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2005.
2. Ильченко А.А., Морозов И.А., Хомерики С.Г., Орлова Ю.Н. Холестероз желчного пузыря. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
3. Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Билиарная патология у детей. М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2008.
4. Ильченко А.А., Орлова Ю.Н., Быстровская Е.В. и др. Холестероз желчного пузыря. Патогенез, диагностика и лечение. Методические рекомендации. М., 2008.
5. Косарева Т.М. Холестероз желчного пузыря у детей (клинико-диагностические особенности): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010.
6. Кочетова Е.А. Особенности терапевтической тактики при холестерозе желчного пузыря у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011.
7. Савельев В.С., Петухов В.А., Каралкин А.В., Фомин Д.К. Внепеченочные билиарные дисфункции при липидном дистресс-синдроме: этиопатогенез, диагностика и принципы лечения // РМЖ. Болезни органов пищеварения. 2002. Т. 4. № 2. С. 62–69.

Opportunities of Conservative Therapy for Gallbladder Cholesterosis in Children

T.M. Yudina, L.A. Kharitonova
Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov

Contact person: Tatyana Mikhaylovna Yudina, tat.yudina@gmail.com

Here we present an algorithm of maintaining pediatric patients with gallbladder cholesterosis depending on clinical symptoms and data on objective diagnostic methods. The results of conservative therapy in 15-year old female patient with polypous-reticular type of gallbladder cholesterosis are presented.

Key words: cholesterosis, gallbladder, children, treatment