

Особенности консервативного лечения детей с желчнокаменной болезнью после холецистэктомии

Л.В. Якимова¹, Л.А. Харитоновна²

¹ООО «Андреевские больницы – Неболит», г. Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Peculiarities of Conservative Treatment of Children with Cholelithiasis after Cholecystectomy

L.V. Yakimova¹, L.A. Kharitonova²

¹Andreevsky Hospital – Nebolit, Moscow, Russia;

²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Частота желчнокаменной болезни, в том числе в детском возрасте, постоянно растет. До настоящего времени не разработано лечение этого заболевания после холецистэктомии, что определяет актуальность проблемы. В статье дано патогенетическое обоснование необходимости проведения заместительной терапии ферментными препаратами, назначения щадящей терапии антацидами, гепатопротекторами и холеспазмолитиками, а также подбора пробиотиков в ранний постоперационный период у детей с желчнокаменной болезнью, перенесших холецистэктомию. Представлены данные, указывающие на ошибочность назначения в этот период урсodeоксихолевой кислоты. Особое внимание уделено механизму действия лекарственных средств и возможности их использования для профилактики и/или лечения постхолецистэктомического синдрома у детей разных возрастных групп. Представлен личный опыт применения лекарственных средств у детей с желчнокаменной болезнью, перенесших холецистэктомию.

Ключевые слова: дети, желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, постхолецистэктомический синдром, ферментные препараты, пробиотики, антациды, холеспазмолитики.

Для цитирования: Якимова Л.В., Харитоновна Л.А. Особенности консервативного лечения детей с желчнокаменной болезнью после холецистэктомии. Рос вестн перинатол и педиатр 2018; 63(5): 66–68. DOI: 10.21508/1027-4065-2018-63-5-66-68

The frequency of cholelithiasis, including in children, is constantly growing. For the moment there is no treatment algorithm of this disease after cholecystectomy, which determines the urgency of this problem. The article presents the pathogenetic justification of substitution therapy with enzyme drugs, sparing therapy with antacids, hepatoprotectors and cholelithiasis, as well as probiotics in the early postoperative period in children with cholelithiasis who underwent cholecystectomy. There are data proving fallacy of prescribing ursodeoxycholic acid during this period. Particular attention is paid to the mechanism of action of drugs and the possibility of their use for the prevention and / or treatment of postcholecystectomy syndrome in children of different age groups. We describe our personal experience in the use of drugs in children with cholelithiasis, who underwent cholecystectomy.

Key words: children, cholelithiasis, cholecystectomy, postcholecystectomy syndrome, enzyme drugs, probiotics, antacids, cholelithiasis.

For citation: Yakimova L.V., Kharitonova L.A. Peculiarities of Conservative Treatment of Children with Cholelithiasis after Cholecystectomy. Ros Vestn Perinatol i PEDIATR 2018; 63(5): 66–68 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2018-63-5-66-68

Частота желчнокаменной болезни, в том числе в детском возрасте, постоянно растет. В ведущих детских стационарах г. Москвы (детские городские больницы № 3, 9, 13 и др.) осуществляется от 50 до 100 холецистэктомий в год [1–5]. У части детей после оперативного вмешательства возникают метеоризм, диарея, запоры и боли в животе, что обусловлено такими состояниями, как нарушение переваривания (мальассимиляция), всасывания (мальабсорбция) пищи. Основу этих нарушений составляет вторичный транзитный дефицит (мальдигестия) панкреатических ферментов, сочетающийся с нарушениями холереза. Все это входит в понятие постхолецистэктомического

синдрома [1, 2, 6, 7]. До настоящего времени не разработано лечение желчнокаменной болезни после холецистэктомии. В связи с этим указанная проблема представляет особый интерес.

Характеристика детей и методы исследования

Под наблюдением находились 148 детей (44 мальчика, 104 девочки), перенесших холецистэктомию в возрасте от 3 до 15 лет. Всем детям, наряду с целенаправленным сбором анамнеза проводились общеклинические лабораторно-инструментальные исследования, включая ультразвуграфию (УЗИ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) и др. Степень билиарной недостаточности оценивали по результатам динамической гепатобилисцинтиграфии, выполненной до и после хирургического вмешательства. Клинический контроль за состоянием ребенка, лабораторные исследования и УЗИ выполнялись всем детям 1 раз в 3 мес. Клиническая картина заболевания оценивалась с учетом возраста и пола ребенка. В свя-

© Л.В. Якимова, Л.А. Харитоновна, 2018

Адрес для корреспонденции: Якимова Людмила Владимировна — к.м.н., зав. педиатрическим отделением ООО «Андреевские больницы – Неболит» 141006 Московская область, г. Мытищи, Олимпийский проспект, д. 29 Харитоновна Любовь Алексеевна — д.м.н., проф., зав. кафедрой педиатрии с инфекционными болезнями у детей ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ORCID: 0000-0003-2298-7427

зи с этим дети были разделены на три группы. В возрасте 3–7 лет было 38 детей (1-я группа); 8–11 лет – 62 ребенка (2-я группа); 12–15 лет – 48 детей (3-я группа).

Результаты и обсуждение

У большинства – у 26 (68,4%) детей 1-й группы на протяжении первых 2–3 дней после операции отмечалось послабление стула, которое сохранялось на протяжении 6–7 дней. Редко – у 5 (13,1%) детей – определялись тянущие боли в животе, чувство тяжести в правом подреберье. Такая клиническая картина могла быть обусловлена отсутствием резервуарной функции желчного пузыря и объемной перегрузкой общего желчного протока. Назначение ферментных препаратов гепатопротекторов со спазмолитическим действием (Гепабене, Гепатосан) приводило к купированию симптомов.

У большинства – у 25 (65,7%) детей 1-й группы диарея сопровождалась активацией факультативной и транзиторной микрофлоры (энтерококки, лактозонегативная кишечная палочка, клебсиелла, протей и др.), что усугубляло процессы малассимиляции и способствовало избыточному бактериальному росту в тонкой кишке. Такая клиническая картина приводила к необходимости коррекции микробиоценоза кишечника. На первом этапе осуществлялась селективная деконтаминация. Назначались специфические бактериофаги (поливалентный, комбинированный, стафилококковый, клебсиеллезный и др.) в сочетании с комплексным иммунным препаратом КИП и ферментами (креон, лактаза беби и др.) [6]. На втором этапе в терапию подключали пре- и пробиотики. При назначении последних учитывалась физиологичность штаммового состава возрасту ребенка и непереносимость пищевых веществ (лактозы – бифиформ беби, бифиформ малыш; декстрин мальтозы и сахарозы – линекс, баксет беби и форте и др.).

Почти у половины – у 18 (47,8%) детей этой возрастной группы желчнокаменная болезнь протекала на фоне аномалий развития желчных путей. На УЗИ выявлялись реактивные изменения головки поджелудочной железы. После холецистэктомии у каждого третьего ребенка – у 11 (28,9%) – определялись признаки ферментативной недостаточности поджелудочной железы в виде стеатореи – у 13 (34,2%), появление зерен крахмала в кале – у 6 (15,8%), переваренной клетчатки и мышечных волокон – у 8 (21,0%). Терапия осуществлялась подбором ферментов поджелудочной железы (креон, фестал и др.)

У детей в возрасте от 8 до 11 лет (2-я группа) постхолецистэктомический синдром характеризовался иной клинической картиной. Большинство детей – 48 (77,4%) – беспокоили боли в животе. Острые и тупые боли определялись примерно в равных соотношениях – у 23 (37,1%), 25 (40,3%) детей – нарастали на фоне физической нагрузки и погрешностей в диете.

Симптомы диспепсии чаще проявлялись запорами – у 34 (54,8%), реже – тошнотой – у 13 (20,9%), и только у каждого десятого – у 8 (12,9%) – диареей. Стул у большинства детей – у 47 (75,8%) был переваренным. В копрограмме редко определялись зерна крахмала – у 3 (4,8%), переваренные мышечные волокна – у 7 (11,3%) и стеаторея – у 5 (8,1%). Очевидно, у детей в этом возрасте причиной постхолецистэктомического синдрома является протоковая гипертензия, поскольку холецистэктомия не устраняет обструкцию протоков поджелудочной железы и зачастую усугубляет гипертонус сфинктера Одди [4, 5]. Назначение селективно действующего на сфинктер Одди холеспазмолитика Гимекромон (Одестон) приводило к нивелированию болей в течение 2–3 дней.

У детей 3-й группы (12–15 лет) постхолецистэктомический синдром проявлял себя обострением сопутствующих заболеваний. Так, почти у каждого пятого ребенка желчнокаменная болезнь сочеталась с эзофагитом – у 7 (14,6%) и гастритом – у 8 (16,7%), более чем у половины – у 29 (60,4%) – с гастроуденитом и нередко с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки – у 4 (8,3%). После холецистэктомии у детей наблюдались признаки обострения сопутствующих заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, появлялись симптомы диспепсии: отрыжка – у 26 (54,1%), изжога – у 17 (35,1%), тошнота – у 11 (22,9%), горечь во рту – у 7 (14,6%). Всех детей беспокоили чувство тяжести и распирания в животе, у каждого третьего – у 17 (35,1%) определялись тянущие, ноющие боли в правом подреберье. У каждого второго наблюдались метеоризм, полифекалия и непереносимость жирной пищи. В копрограмме определялись зерна крахмала – у 13 (27,1%); переваренные мышечные волокна – у 7 (14,6%) и стеаторея – у 15 (31,3%). У части детей – у 9 (18,9%) с сопутствующими эрозивными гастритами и гастроуденитами боли в животе сохранялись более 4 нед. Такая клиническая картина в постоперационном периоде, очевидно, была обусловлена активацией секретинного механизма секреции поджелудочной железы. Для нивелирования болей в этих случаях назначались антациды и антисекреторные средства (H₂-блокаторы, ингибиторы протонной помпы) [1–5]. Это способствовало обеспечению функционального покоя органа, снижению протокового и тканевого давления, что в свою очередь уменьшало боль в течение первых суток назначения лекарственных средств.

У 1/3 оперированных детей – у 45 (30,4%) не определялось признаков постхолецистэктомического синдрома. Дети чувствовали себя удовлетворительно, не предъявляли жалоб, температура тела была нормальной. На 4-е сутки они были выписаны домой под наблюдение хирурга и участкового педиатра. Для профилактики рецидивов камнеобразования им была назначена урсодеоксихолевая кислота

из расчета 10 мг на 1 кг массы тела. К концу первых суток приема препарата у 25 (55,6%) появилось чувство тяжести в правом подреберье, на третьи сутки — ноющие боли в животе — у 23 (51,1%), отрыжка — у 15 (33,3%), изжога — у 18 (40,0%), запоры — у 32 (71,1%). При эзофагогастродуоденоскопии выявлены ранее не регистрируемые гастроэзофагеальный — у 11 (24,4%) и дуоденогастральный — у 17 (37,8%) рефлюксы. При динамической гепатобилисцинтиграфии отмечалась задержка эвакуации желчи в двенадцатиперстной кишке до 40 мин, что свидетельствовало о спазме сфинктера Одди — у 31 (68,9%). Последнее, очевидно, было обусловлено способностью урсodeоксихолевой кислоты за счет высокой липофильности увеличивать объем выделяемой печенью желчи и ускорению ее передвижения по желчным путям [5, 6]. Это усугубило увеличение давления в общем желчном протоке на фоне рефлекторного спазма сфинктера Одди. Отмена урсodeоксихолевой кислоты и назначение холеспазмолитиков (Гимекромон, Мебеверин) привело к исчезновению чувства тяжести и ноющих болей в правом подреберье на 2-е сутки. Запор сменился холагенной диареей, что свидетельствовало о недостаточности сфинктера

Одди. Подключение в терапию Креона привело к нормализации стула на 3-и сутки. Назначение ингибиторов протонной помпы (Нексиум) и прокинетики (Тримедат) нивелировало изжогу и отрыжку на 2-е сутки от начала лечения у большинства (у 19 из 27) больных с гастроэзофагеальным и дуоденогастральным рефлюксом.

Заключение

Полученные данные позволяют пересмотреть терапевтическую тактику у детей после холецистэктомии. Лечение должно быть направлено на профилактику или лечение постхолецистэктомического синдрома. При отсутствии клинических признаков последнего в течение первого месяца после холецистэктомии необходимо проводить терапию, направленную на щажение сопряженных органов (желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы). Противорецидивную терапию урсodeоксихолевой кислотой следует подключать при нормализации пассажа желчи в двенадцатиперстной кишке и нивелировании дисфункциональных расстройств сфинктера Одди.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. ООО «Анахарсис» 2004; 199. [Ilchenko A.A. Cholelithiasis. Moscow: Anakharsis 2004; 199. (in Russ)]
2. Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей. М: «Анахарсис» 2006; 447. [Ilchenko A.A. Gallbladder and biliary system disorders. Moscow: Anakharsis 2006; 447. (in Russ)]
3. Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Билиарная патология у детей. М: ООО «Медицинское информационное агентство» 2008; 376. [Zaprudnov A.M., Kharitonova L.A. Biliary tract pathology in children. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo 2008; 376. (in Russ)]
4. Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Особенности желчнокаменной болезни в детском возрасте. Фрайбург: Д-р Фальк Фарма ГмбХ 2002; 152. [Zaprudnov A.M., Kharitonova L.A. Peculiarities of cholelithiasis in childhood. Freiburg: Dr. Falk Pharma GmbH 2002; 152. (in Russ)]
5. Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Современные достижения в изучении холелитиаза. Детская гастроэнтерология. Под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук. М 2006; 352–390. [Zaprudnov A.M., Kharitonova L.A. Recent advances in the study of cholelithiasis. In: Pediatric gastroenterology. A.A. Baranov, E.V. Klimanskaya, G.V. Rimarchuk (eds). Moscow 2006; 352–390. (in Russ)]
6. Петухов В.А., Туркин П.Ю. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы при желчнокаменной болезни: этиопатогенез, диагностика и принципы лечения. Русский медицинский журнал 2002; 10(4): 167–171. [Petukhov V.A., Turkin P.Yu. Exocrine pancreatic insufficiency in cholelithiasis: etiopathogenesis, diagnostics, and treatment guidelines. Russkij meditsinskij zhurnal 2002; 10(4): 167–171. (in Russ)]
7. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. М: «Атмосфера» 2006; 416. [Ivanchenkova R.A. Chronic biliary tract disorders. Moscow: Atmosfera 2006; 416. (in Russ)]

Поступила 08.03.18

Received on 2018.03.08

Конфликт интересов:

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest:

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.