

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ

Карасева О.В., Голиков Д.Е., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Понина И.В.,
Батунина И.В., Мельников И.А.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Введение. В наш малоподвижный век у детей все чаще стали проявляться обменные и метаболические нарушения с формированием камней в желчном пузыре. Такие медицинские технологии, как длительное парентеральное и зондовое питание, а также бесконтрольные «диеты», направленные на снижение веса в подростковом периоде способствуют росту частоты желчнокаменной болезни в детской популяции.

Цель исследования. Демонстрация лечебно-диагностического алгоритма лечения детей с желчнокаменной болезнью.

Материалы и методы. В НИИ НДХиТ пролечены 52 пациента с желчнокаменной болезнью. Девочки преобладали — 71% (37), мальчики — 29% (15). Средний возраст составил 11,04 + 5,6 года. С диагностической целью выполняли УЗИ, МРТ живота. Все дети, поступающие на лечение в НИИ НДХиТ по поводу желчнокаменной болезни, первоначально наблюдались у гастроэнтеролога и получали консервативную терапию препаратами урсодезоксихолевой кислоты в течение 3–6 мес. На этом этапе проводили эзофагогастродуоденоскопия для диагностики и последующего лечения сопутствующей патологии верхних отделов ЖКТ, формирование правильного пищевого поведения и УЗИ-контроль литолиза конкрементов.

Результаты. Положительный эффект от консервативной терапии был достигнут в 2 (3,8%) наблюдениях. 50 (96,2%) детям была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Всем детям перед хирургическим лечением выполняли магнитно-резонансную холангиопанкреатографию для оценки анатомии желчного дерева. Лапароскопию выполняли с использованием трех инструментальных 5 мм-портов. Холецистэктомию проводили от шейки, для диссекции использовали монополярную коагуляцию (крючок), пузырный проток пересекали после клипирования, а пузырную артерию — при помощи УЗ скальпеля-коагулятора, брюшную полость не дренировали. Интраоперационных осложнений не было. Применяли антибактериальную профилактику (24–48 часов) и обезболивание в первые сутки после операции. Течение послеоперационного периода во всех наблюдениях гладкое. Детей выписывали домой в соответствии с МЭС на 5–6-е сутки после операции, после проведения УЗИ. После выписки все дети продолжали в течение 1 года наблюдаться гастроэнтерологом в КДО НИИ НДХиТ.

Заключение. При постановке диагноза ЖКБ обязательным является сопровождение ребенка гастроэнтерологом и назначение консервативной терапии, направленной как на литолиз конкрементов, так и на лечение сопутствующей патологии гастродуоденальной зоны. При ее неэффективности в течение 3–6 месяцев показано хирургическое лечение, золотым стандартом которого считается лапароскопическая холецистэктомия.