



УДК 616.366-003.7-053.2-085

ШАДРИН О.Г., ШУТОВА Е.В.

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев
Харьковская медицинская академия последипломного образования

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ РАННЕЙ СТАДИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Резюме. Цель исследования: комплексная оценка эффективности применения урсодеооксихолевой кислоты (Укрлив суспензия) в лечении ранней стадии желчнокаменной болезни (ЖКБ) у детей.

Методы исследования. Проведено обследование 30 детей в возрасте от 4 до 18 лет с ранней стадией желчнокаменной болезни. Продолжительность наблюдения — 2 месяца.

Диагностический комплекс: клинико-anamnestические данные, ультразвуковое исследование (УЗИ) билиарного тракта с функциональной нагрузкой, трехмоментное дуоденальное зондирование, микроскопия желчи в прямом и поляризованном свете, уровень в крови аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы (АлАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), общего билирубина, общего холестерина, липопротеинового профиля.

Результаты исследования. В группе наблюдения большинство были девочки (66,4 %). Дети старше 12 лет составили 53,7 %. Не выявлено различий в частоте ЖКБ при изолированных функциональных расстройствах билиарного тракта и при сочетании с воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей. Основные клинические симптомы ранней стадии ЖКБ у детей: боли в животе (23 %), боли в эпигастрии (21 %), ноющие боли в правом подреберье (19 %). Наиболее частый признак при УЗИ — эховзвесь в просвете желчного пузыря (58 %). Билиарный сладж (БС) с формированием замазкообразной желчи выявлен в 31 % случаев, а микролитиаза — у 11 % больных. ЩФ повышена у 28 % детей, АлАТ — у 12 %, общий билирубин — у 8 %. Преимущественный вариант нарушения липидного профиля — снижение уровня липопротеидов высокой плотности (42,6 %) и повышение уровня липопротеидов низкой плотности (30 %).

Все пациенты получали урсодеооксихолевую кислоту (Укрлив суспензия; 250 мг/5 мл) по 10 мг/кг/сут. Наблюдение в динамике показало регрессию клинических и эхографических симптомов. Тенденция к нормализации функции желчного пузыря и сфинктера Одди отмечена у 41 % пациентов. Количество случаев БС — эховзвеси уменьшилось на 37 %, БС — замазкообразной желчи — на 17 %, БС — микролитиаза — на 2 %.

Выводы. Диагностика и лечение ЖКБ на ранней стадии позволяет повысить эффективность терапии в целом. Отмечена высокая эффективность и безопасность урсодеооксихолевой кислоты (Укрлив суспензия) в лечении ранней стадии ЖКБ у детей.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, ранняя стадия, дети, урсодеооксихолевая кислота.

Заболевания желчевыводящей системы составляют, по данным разных авторов, 55–80 % у детей с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта. В то же время с каждым годом все четче прослеживается тенденция к увеличению частоты органических заболеваний желчевыводительной системы. Одна из нерешенных проблем детской гастроэнтерологии — повышение частоты желчнокаменной болезни (ЖКБ). Рост заболеваемости ЖКБ у детей диктует необходимость поиска новых комплексных подходов к повышению эффективности реабилитационных

мероприятий. Начавшись в детском и подростковом возрасте, заболевание прогрессирует, что, в свою очередь, не только снижает качество жизни ребенка, но и определяет в будущем его здоровье, трудоспособность [1, 4]. Среди взрослого населения частота ЖКБ составляет 10–20 % в общей популяции: в Ирландии — 4 %, Японии — до 10 %, Германии — 7,8 %, Италии — 26,7 %,

© Шадрин О.Г., Шутова Е.В., 2013

© «Здоровье ребенка», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

России, Украине — 10–15 %, Швеции — 38 %, в Великобритании — 10 %, Чили — до 80 %. Среди заболеваний пищеварительной системы у детей удельный вес ЖКБ составляет 1,3–3,3 %. За последние 10 лет отмечен рост частоты заболевания на порядок [3]. Частота ЖКБ в детском возрасте в Украине составляет 0,2 на 1000 детей [10, 14]. В регионах Украины частота ЖКБ составляет 0,1–2,7 %, т.е. 4,3 % в структуре гастроэнтерологических заболеваний. В разные возрастные периоды частота ЖКБ у девочек и мальчиков различна. У детей 1-го года жизни и пациентов старше 12 лет частота заболевания среди девочек в 2–3 раза больше, чем у мальчиков. В периоды от 1 до 3 лет, от 8 до 11 лет одинаково часто болеют дети обоих полов, в возрасте от 4 до 7 лет чаще болеют мальчики [4, 11].

Согласно современной классификации, выделяют три стадии желчнокаменной болезни: I стадия — начальная, или предкаменная (густая неоднородная желчь; формирование билиарного сладжа (БС) с включением микролитов; замазкообразная желчь; сочетание замазкообразной желчи с микролитами), II стадия — формирование желчных камней, III стадия — стадия хронического рецидивирующего калькулезного холецистита, IV стадия — стадия осложнений [10].

Некоторые авторы отмечают возникновение заболевания в разные возрастные периоды (в том числе у детей раннего возраста), а среди основных проявлений — клинику функциональных расстройств (ФРБТ) и воспалительных заболеваний билиарного тракта (ВЗБТ); сочетание с функциональными и воспалительными заболеваниями других отделов пищеварительного тракта; сочетание ЖКБ с дисметаболической нефропатией, экзогенно-конституциональным ожирением, аномалиями развития желчевыводящих путей (ЖВП) [1, 3, 4]. В детском возрасте, по данным исследований ряда авторов, один из значимых факторов — отягощенная наследственность по заболеваниям желчевыводящих путей (30–75 %) [7, 13]. При сочетанной патологии ведущими являются симптомы заболеваний других отделов пищеварительного тракта. Как известно, изменения морфофункционального состояния билиарной системы у детей сопровождаются нарушением транспорта и/или утилизации холестерина и билирубина. В последнее время выдвинуто предположение о едином механизме возникновения холестериновых и пигментных конкрементов [5, 6]. Предполагают, что фосфолипидно-холестериновые везикулы и смешанные мицеллы участвуют в связывании и переносе катионов и анионов неконъюгированного билирубина. При этом нарушаются химические свойства желчи и ее структура. Дисхолия и дискриния желчи, формирование билиарного сладжа определены как ранние признаки холелитиаза. Билиарный сладж при функциональных

расстройствах желчевыводящих путей выявляется в 24–74 % случаев. Наиболее частый вариант билиарного сладжа — замазкообразная желчь. По данным ряда исследователей, течение билиарного сладжа может быть бессимптомным, с признаками билиарной диспепсии или с осложнениями, такими как панкреатит, стенозирующий папиллит, острый холангит и др. [15]. Среди вариантов исхода БС авторы многих публикаций отмечают возможность спонтанного разрешения, персистирование, формирование ЖКБ. При условии сочетания повышения уровня насыщения холестерином желчи, наличия функционального расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди, воспалительных заболеваний ЖВП возможно длительное персистирование билиарного сладжа, а в дальнейшем — формирование конкрементов [8, 12]. Важно отметить, что изменения биохимического состава желчи у больных с билиарным сладжем носят однонаправленный характер, с изменениями у больных с уже сформировавшимися камнями в желчном пузыре [6, 9, 14]. Несмотря на разработанные критерии диагностики ранней стадии холелитиаза, заболевание диагностируется преимущественно на стадии формирования желчных камней.

Целью нашей работы является комплексная оценка эффективности применения урсодеоокси-холиевой кислоты (УДХК) (Укрлив суспензия) в лечении ранней стадии ЖКБ у детей.

Методы исследования

Проведено обследование 30 детей в возрасте от 4 до 18 лет с ранней стадией желчнокаменной болезни, находившихся под наблюдением в городской клинической больнице № 19 г. Харькова. Продолжительность наблюдения — 2 месяца. Протоколами медицинской помощи детям с патологией органов пищеварения определены основные этапы диагностики ЖКБ у детей с учетом стадии заболевания. Диагностика I стадии ЖКБ включает комплекс лабораторных и инструментальных методов. Лабораторные методы предусматривают: клинический анализ крови, определение общего билирубина и фракций, сывороточного холестерина, общих липидов, триглицеридов, щелочной фосфатазы (ЩФ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), амилазы/липазы; микроскопическое и биохимическое исследование желчи (I стадия). Инструментальные методики включают: ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, желчного пузыря, поджелудочной железы. Только на I стадии при наличии густой неоднородной желчи — дуоденальное зондирование с последующим микроскопическим и биохимическим исследованием желчи [10]. Диагностический комплекс у детей из группы наблюдения проводился согласно протоколам [10] и вклю-

чал: анализ клинико-anamнестических данных, инструментальные и лабораторные методы. Для верификации диагноза были использованы результаты эхографического исследования (УЗИ) билиарного тракта с функциональной нагрузкой для определения кинетико-тонического статуса желчного пузыря и сфинктера Одди. Больным при наличии БС в виде замазкообразной желчи проводилось трехмоментное дуоденальное зондирование с последующей микроскопией желчи в прямом и поляризованном свете. В желчи методом прямой микроскопии определяли осадочные элементы кристаллов моногидрата холестерина, аморфных глыбок холестерина, кристаллы жирных кислот. Методом микроскопии желчи в поляризованном свете определяли наличие анизотропной жидкокристаллической фазы, ее тип, время появления и тип твердокристаллических текстур. Биохимические показатели сыворотки крови определяли по стандартным методикам: уровни в крови АсАТ, АлАТ, ЩФ, содержание общего билирубина, общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой (ЛПВП), низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности.

Результаты исследования

По данным проведенного исследования, в группе наблюдения было больше девочек (66,4 %). Среди всех обследованных детей старше 12 лет было 53,7 %. В группе детей до 7 лет и от 7 до 12 лет преимущественное большинство составили девочки, а среди детей старше 12 лет одинаково часто ЖКБ была диагностирована у девочек и мальчиков. Длительность заболевания (дети наблюдались по поводу функционального расстройства билиарного тракта и/или хронических воспалительных заболеваний желчевыводящих путей) в большинстве случаев составила 1–3 года (39 %). Не выявлено различий в частоте ЖКБ при длительности заболевания до 6 лет у детей с изолированными ФРБТ и при сочетании функциональных расстройств с воспалительными заболеваниями ЖВП, что свидетельствует о значимой роли как воспалительных заболеваний, так и ФРБТ в формировании ЖКБ у детей. При длительности заболевания более 6 лет холелитиаз чаще встречается у детей при сочетании ФРБТ и ВЗЖВП. Основными клиническими симптомами предкаменной стадии ЖКБ у детей были боли в животе (23 %), боли в эпигастрии (21 %), чувство тяжести и ноющие боли в правом подреберье (19 %), возникающие после погрешностей в диете. У большинства больных были те или иные диспептические симптомы: жалобы на пониженный аппетит (7 %), тошноту (12 %), нарушение стула (8 %), метеоризм (7 %). Причем у 83 % больных наблюдалось сочетание двух или более диспептических симптомов. По данным ультразвукового исследования, у всех наблюдаемых детей выявлено неоднородное содержимое

в просвете желчного пузыря. Наиболее частым признаком было наличие эховзвеси в просвете желчного пузыря (в 58 % случаев). Билиарный сладж с формированием замазкообразной желчи был выявлен в 31 % случаев, а БС с наличием микролитов — у 11 % больных. Микроскопия желчи проведена у 19 детей, маркеры литогенности желчи определены в 76 % случаев. При проведении микроскопии желчи в поляризованном свете в 98 % случаев выявлены признаки нарушения структуры желчи разной степени выраженности, что подтверждает диагностическую ценность метода на ранней (предкаменной) стадии заболевания. По результатам биохимического исследования сыворотки крови, при оценке показателей функционального состояния печени было выявлено повышение уровня щелочной фосфатазы (у 28 %), АлАТ (у 12 %), общего билирубина за счет прямой фракции (у 8 %). Отмечена тенденция к повышению уровня АсАТ, тимоловой пробы. Анализ исходного липидного профиля обследованных больных детей показал, что практически у всех пациентов показатель общего холестерина не превышает допустимые границы нормы (у 89 %). При этом более частый вариант нарушения липидного профиля — снижение ЛПВП (42,6 %) и повышение ЛПНП (30 %). Наши исследования подтверждают данные литературы, свидетельствующие о роли дислипидемии при неизменных показателях общего холестерина как одного из ранних маркеров холелитиаза.

Основные направления терапии ранней стадии желчнокаменной болезни: восстановление продукции желчи, восстановление двигательной функции желчного пузыря, восстановление пассажа желчи, нормализация физико-химической структуры желчи. Патогенетическая медикаментозная терапия физико-химической стадии холелитиаза направлена на стимуляцию синтеза желчных кислот (ЖК) и угнетение синтеза или секреции холестерина, нормализацию сократительной функции и (при необходимости) ликвидацию воспалительного процесса в желчном пузыре. Диетические рекомендации предусматривают назначение диеты № 5. Продукты должны быть разнообразными, полноценными по химическому составу, достаточными по калорийности, с высоким содержанием витаминов А, С, группы В, а также растительной клетчатки и жидкости. Пищу следует принимать небольшими порциями 5–6 раз в день. В комплексной терапии используются желчегонные препараты, «малые растворители». Основу патогенетической терапии составляют препараты урсоедоксихолиевой кислоты. При приеме УДХК уменьшается синтез холестерина в печени, снижается всасывание холестерина в кишечнике, увеличивается содержание желчных кислот в желчи, повышается растворимость холестерина в желчи

(литолитический эффект). Не менее важен и холеретический эффект УДХК при ЖКБ. Данный эффект заключается в увеличении концентрации ЖК, увеличении объема каналикулярной желчи, усилении выведения гидрофобных ЖК в кишечник. В результате увеличивается содержание желчных кислот в желчи, уменьшается насыщенность желчи холестерином. Лечение детей в группе наблюдения проводилось в соответствии с протоколами лечения [10]. Все пациенты из группы наблюдения получали УДХК (Укрлив суспензия; 250 мг/5 мл) из расчета 10 мг/кг/сут в два приема: 1/3 дозы утром и 2/3 — вечером. Продолжительность терапии составила 2 месяца. В дальнейшем рекомендованы повторные курсы 2–3 раза в год. Лечение на I (начальной) стадии ЖКБ с наличием микролитов продолжалось до 12 месяцев. Наблюдение в динамике показало регрессию клинических симптомов на фоне проводимой терапии. К концу первой недели лечения отмечалось уменьшение интенсивности болевого синдрома у 87 % детей. При повторном обследовании на боли в животе предъявляли жалобы 12 % пациентов; жалобы на боли в правом подреберье после курса лечения отмечались значительно реже, они были меньшей интенсивности и сохранялись у 11 % пациентов. Болезненность при пальпации живота к окончанию курса проводимой терапии сохранялась у 17 % детей. Болевой синдром у детей данной группы был обусловлен течением хронической гастродуоденальной патологии. Более стойкими и длительными были проявления диспептического синдрома. Анализ результатов УЗИ на фоне проводимой терапии показал позитивную динамику. Определена тенденция к нормализации функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди у 41 % пациентов. Данные УЗИ при повторном обследовании через 2 месяца от начала терапии свидетельствуют об изменении гомогенности содержимого желчного пузыря. Количество случаев БС — эховзвеси уменьшилось на 37 %, БС — замаскообразной желчи — на 17 %, БС — микролитиаза — на 2 %.

Выводы

1. ЖКБ на начальной стадии в детском возрасте характеризуется субклиническим течением и может быть выявлена при включении в комплекс обследования УЗИ билиарного тракта, микроскопии желчи в прямом и поляризованном свете.

2. Группу риска по формированию ЖКБ в детском возрасте составляют пациенты с функциональными расстройствами билиарного тракта и воспалительными заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих путей.

3. Эффективность терапии ЖКБ на ранних стадиях зависит от степени выраженности изменений структуры желчи, длительности курсов терапии УДХК.

4. Отмечена высокая эффективность и безопасность урсодеооксиголевой кислоты (Укрлив суспензия) в лечении ранней стадии ЖКБ у детей.

Перспективы дальнейшего развития в этом направлении. На основании комплексного изучения особенностей клинического течения желчнокаменной болезни у детей на разных стадиях заболевания, анализа данных лабораторных и инструментальных методов диагностики необходим поиск ранних маркеров заболевания, профилактика камнеобразования.

Список литературы

1. Белоусов Ю.В. Актуальные вопросы педиатрической гастроэнтерологии (сборник статей 2007–2011 гг.). — К., 2012. — 591 с.
2. Богомаз Л.В., Щербаков П.Л., Царькова О.Н. и др. Диагностический алгоритм заболеваний билиарного тракта у детей // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. — 2010. — № 1. — С. 8–14.
3. Думова Н.Б., Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. и др. Желчнокаменная болезнь у детей: современные представления, варианты терапии и профилактика // Гастроэнтерология (СПб.). — 2008. — Т. 1. — С. 25–30.
4. Запруднов А.М. Билиарная патология у детей / А.М. Запруднов, Л.А. Харитонова. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. — 376 с.
5. Иванченко Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. — М.: Издательство «Атмосфера», 2008. — 416 с.
6. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Рук. для врачей. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. — 880 с.
7. Лоранская И.Д., Вишневская В.В. Изучение моторной функции желчевыводительной системы и гастродуоденальной зоны при патологии билиарного тракта // РМЖ. — 2005. — Т. 7, № 1. — С. 1–7.
8. Пименова Н.В., Казначеев К.С., Казначеева Л.Ф. Желчнокаменная болезнь у детей // Практическая медицина. — 2011. — № 53. — С. 16–19.
9. Трухачев С.В., Румянцева Г.Н. Особенности клинико-функциональных изменений у детей с желчнокаменной болезнью // Вестник новых медицинских технологий. — 2011 — Т. XVIII, № 1. — С. 83–85.
10. Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення (Наказ № 59 від 29.01.2013 р.).
11. Харитонова Л.А. Желчнокаменная болезнь у детей // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2006. — № 1. — С. 61–71.
12. Царькова О.Н., Запруднов А.М., Харитонова Л.А. и др. Билиарный сладж: клинико-диагностические и лечебно-профилактические аспекты // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. — 2009. — № 6. — С. 38–42.
13. Шеина П.В., Чердиченко А.М. Клинико-анамнестическая характеристика детей с желчнокаменной болезнью // Уральск. мед. журн. — 2007. — № 5. — С. 15–19.
14. Шутова Е.В. Современные направления совершенствования диагностики, профилактики, патогенетической коррекции холестеринового холелитиаза в детском возрасте // Современная педиатрия. — 2012. — № 1(41). — С. 110–113.
15. Papandreou E., Gentimi F., Baltogiannis N., Livaditi E., Loukas I., Christopoulos-Geroulanos G. Laparoscopic cholecystectomy in children: a 5-year experience // Pediatrics. — 2008. — Vol. 121, Suppl. 2. — P. 163–164.

Получено 31.10.13 □

Шадрін О.Г., Шутова О.В.
 ДУ «Інститут педіатрії, акушерства й гінекології НАМН
 України», м. Київ
 Харківська медична академія післядипломної освіти

ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ РАНЬОЇ СТАДІЇ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ

Резюме. Мета дослідження: комплексна оцінка ефективності застосування урсодооксихолієвої кислоти (Укрлів суспензія) у лікуванні ранньої стадії жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) у дітей.

Методи дослідження. Проведено обстеження 30 дітей віком від 4 до 18 років із ранньою стадією жовчнокам'яної хвороби. Тривалість спостереження — 2 місяці.

Діагностичний комплекс: клініко-анамнестичні дані, ультразвукове дослідження (УЗД) біліарного тракту з функціональним навантаженням, тримоментне дуоденальне зондування, мікроскопія жовчі в прямому й поляризованому світлі, рівень у крові аспартатамінотрансферази, аланінамінотрансферази (АЛАТ), лужної фосфатази (ЛФ), загального білірубину, загального холестерину, ліпопротеїновий профіль.

Результати дослідження. У групі спостереження більшість були дівчатка (66,4 %). Діти старше 12 років становили 53,7 %. Не виявлено розходжень у частоті ЖКХ при ізольованих функціональних розладах біліарного тракту й при поєднанні з запальними захворюваннями жовчовивідних шляхів. Основні клінічні симптоми ранньої стадії ЖКХ у дітей: болі в животі (23 %), болі в епігастрії (21 %), ниючі болі в правому підбер'ї (19 %). Найбільш часта ознака при УЗД — ехозавис у просвіті жовчного міхура (58 %). Біліарний сладж (БС) із формуванням замазкоподібної жовчі виявлено в 31 % випадків, а мікролітіазу — в 11 % хворих. ЛФ підвищена в 28 % дітей, АЛАТ — в 12 %, загальний білірубін — у 8 %. Переважний варіант порушення ліпідного профілю — зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності (42,6 %) і підвищення рівня ліпопротеїдів низької щільності (30 %).

Всі пацієнти отримували урсодооксихолієву кислоту (Укрлів суспензія; 250 мг/5 мл) по 10 мг/кг/добу. Спостереження в динаміці показало регресію клінічних і ехографічних симптомів. Тенденція до нормалізації функції жовчного міхура й сфінктера Одді відзначена в 41 % пацієнтів. Кількість випадків БС — ехозависі зменшилася на 37 %, БС — замазкоподібної жовчі — на 17 %, БС — мікролітіазу — на 2 %.

Висновки. Діагностика й лікування ЖКХ на ранній стадії дозволяють підвищити ефективність терапії в цілому. Відзначено високу ефективність і безпеку урсодооксихолієвої кислоти (Укрлів суспензія) у лікуванні ранньої стадії ЖКХ у дітей.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, рання стадія, діти, урсодооксихолієва кислота.

Shadrin O.G., Shutova Ye.V.
 State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and
 Gynecology of National Academy of Medical Sciences of
 Ukraine», Kyiv
 Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education,
 Kharkiv, Ukraine

APPROACHES TO THE TREATMENT OF EARLY STAGE OF GALLSTONE DISEASE IN CHILDREN

Summary. Objective: comprehensive assessment of the efficacy of ursodeoxycholic acid (UkrLiv suspension) in the treatment of early stage of a gallstone disease (GSD) in children.

Methods of the Study. We examined 30 children aged from 4 to 18 years with early stage of gallstone disease. Duration of follow-up — 2 months.

Diagnostic complex: clinical and anamnestic data, ultrasound examination (USE) of biliary tract with the functional load, tree-stage duodenal intubation, microscopy of bile in a direct and polarized light, the blood level of aspartate aminotransferase, alanine aminotransferase (AlAT), alkaline phosphatase (AP), total bilirubin, total cholesterol, lipoprotein profile.

Results of the Study. In the study group the majority were girls (66.4 %). Children over 12 years amounted to 53.7 %. There were no differences in GSD incidence in isolated functional disorders of biliary tract and in combination with inflammatory diseases of the bile passages. The main clinical symptoms of GSD early stage in children are: abdominal pain (23 %), epigastric pain (21 %), aching pain in the right hypochondrium (19 %). The most common symptom in USE was heterogeneous bile in the lumen of the gallbladder (58 %). Biliary sludge (DS) with formation of putty-like bile was diagnosed in 31 % of cases, and with microlithiasis — in 11 % of patients. AP was increased in 28 % of children, AlAT in 12 %, and total bilirubin in 8 %. The prevailing lipid profile disorder was high-density lipoprotein decrease (42.6 %) and increase of low-density lipoprotein (30 %).

All patients received 10 mg/kg/day of ursodeoxycholic acid (UkrLiv suspension; 250 mg/5 ml). Follow-up showed regression of clinical and ultrasound symptoms. The trend toward normalization of gallbladder and sphincter of Oddi function was found in 41 % of patients. The number of BS cases with heterogeneous bile cases decreased by 37 %, BS with putty-like bile — by 17 %, BS with microlithiasis — by 2 %.

Conclusions. Diagnosis and treatment of GSD at the early stage make it possible to increase the efficacy of therapy in whole. It was noted that ursodeoxycholic acid (UkrLiv suspension) possesses high efficiency and safety in the treatment of early GSD stage in children.

Key words: gallstone disease, early stage, children, ursodeoxycholic acid.