

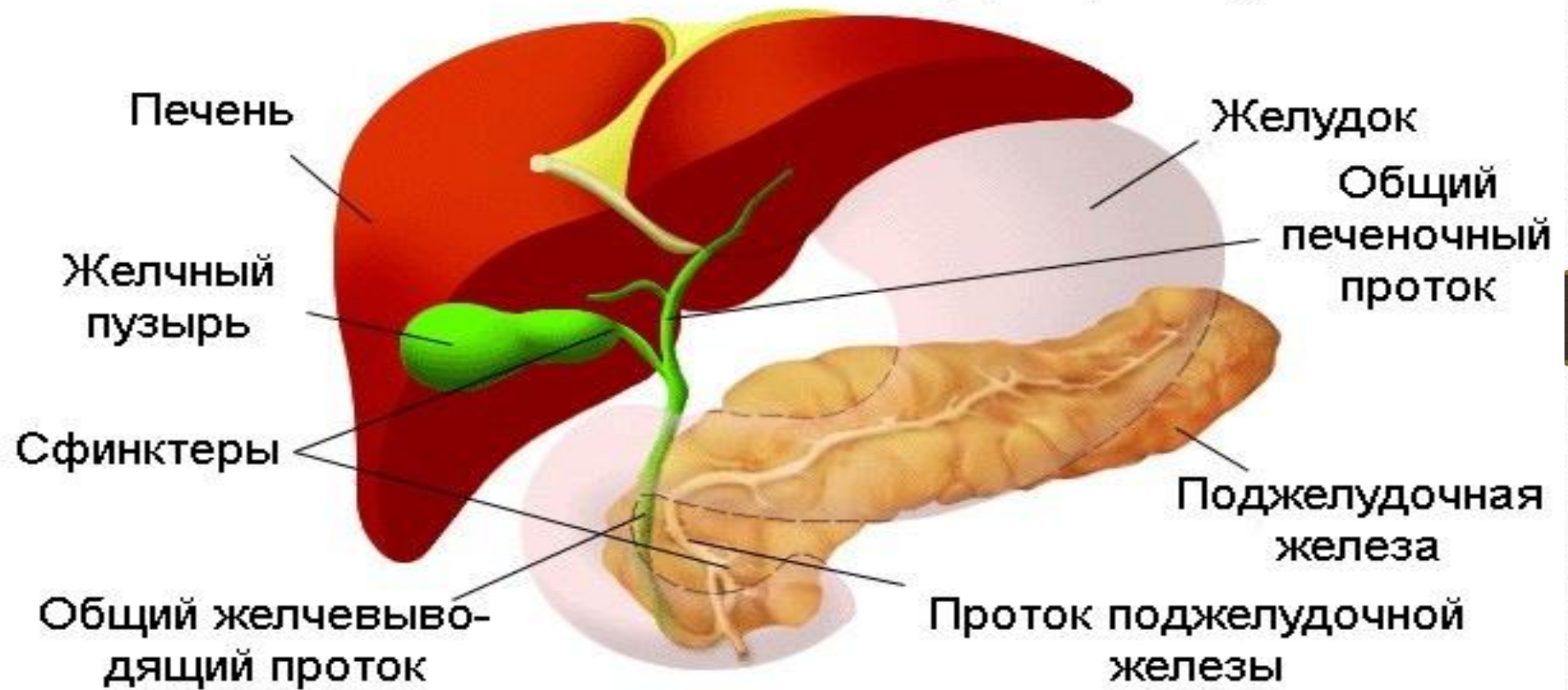
*Дискинезии желчевыводящих путей у детей. Причины развития, клинические проявления и классификация.*

---

*Дифференциальный диагноз, основные принципы лечения. Диспансерное наблюдение и реабилитация.*



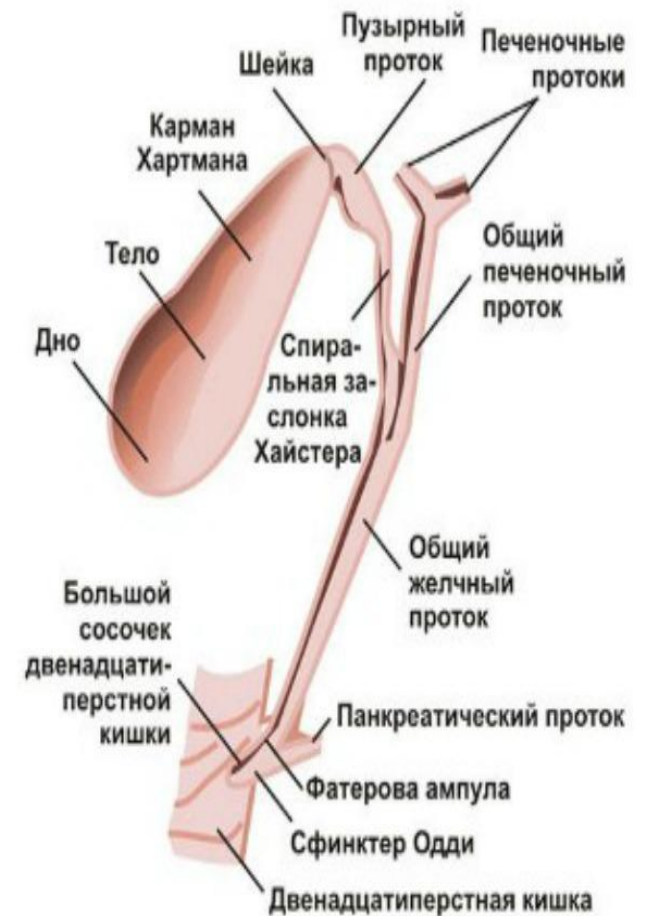
# Анатомия желчевыводящих путей





## Дискинезии желчевыводящих путей у детей.

*Дискинетические расстройства желчного пузыря и желчевыводящих путей занимают ведущее место среди хронической патологии пищеварительной системы у детей и представляют собой функциональное заболевание, при котором нарушается отток желчи в двенадцатиперстную кишку в результате несогласованных сокращений желчного пузыря, пузырных протоков и сфинктерного аппарата.*



*Дискинезия желчевыводящих путей - это нарушение моторики желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров с задержкой выведения желчи в двенадцатиперстную кишку*

# Патогенез

---

- В основе механизмов развития дискинезии лежит нарушение вегетативной и гормональной регуляции тонуса сфинктерного аппарата и моторики желчного пузыря. Преобладание влияния симпатической нервной системы угнетает моторику желчного пузыря и вызывает спазм сфинктеров. И наоборот, преобладание влияния блуждающего нерва приводит к гиперкинезии желчного пузыря и гипотонии сфинктерного аппарата. В физиологических условиях процессы стимуляции и торможения сократительной функции желчного пузыря и тонуса сфинктеров регулируются с помощью гормонов гипофиза и кишечинальных гормонов (гастрин, холецисткнин, секретин). Однако тонкие механизмы регуляции, связанные с приёмом пищи и прохождением её по желудочно-кишечному тракту, нарушаются под влиянием многих неблагоприятных факторов. К ним относятся:





- - стрессовые ситуации, психоэмоциональные перегрузки, особенно систематические;
- нарушение режима и рациона питания;
- переедание, злоупотребление жирной и жареной пищей;
- насильное кормление;
- гиподинамия;
- инфекционные заболевания желудочно-кишечного тракта, печени;
- наследственная предрасположенность;
- другие заболевания пищеварительного тракта или системная патология (в этом случае ДЖВП является вторичным процессом).

## *Классификация.*

---

*гипертонически-  
гиперкинетическую*

*гипотонически-  
гипокинетическую.*





# Клиника

**Гипертонически-гиперкинетической ДЖВП**  
приступообразная боль в области правого подреберья, иногда иррадиирующая в правое плечо, лопатку. Боль, как правило, появляется после погрешностей в диете, физической нагрузки, эмоционального стресса. Она не продолжительная, легко купируется спазмолитическими средствами. Во время приступа ребенок может быть беспокойным, у него отмечается тошнота, реже рвота, сердцебиение, головная боль, полиурия. При пальпации живота во время приступа и после него болезненность максимально выражена в точке проекции желчного пузыря (симптом Кера). В межприступном периоде дети чувствуют себя хорошо.



# Клиника

**Гипокинетически-гипотоническом типе ДЖВП** у детей отмечается преобладание симпатической иннервации. Постоянной неинтенсивной, ноющего характера болью в области правого подреберья, иногда – чувством тяжести, распирающая в этой области. Под влиянием неблагоприятных факторов болевой синдром может усиливаться, однако приступы, напоминающие по интенсивности гиперкинетически-гипертоническую дискинезию, отмечаются крайне редко. На фоне боли у детей отмечаются диспептические явления: тошнота, горечь во рту, снижение аппетита. Пальпация живота определяет болезненность в области проекции желчного пузыря. Положительны симптомы Ортугера, реже Мюсси. Может пальпироваться увеличенная в размерах, но мягко-эластической консистенции, подвижная, безболезненная, динамичная печень.



## ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ ТИП

- Болевой синдром связан со стрессом или значительной физической нагрузкой.
- Желчная колика наступает на фоне полного здоровья, длительностью несколько минут.
- Отсутствует желтуха, повышение температуры.
- При УЗИ желчный пузырь четкий, толщина стенки не превышает 3 мм.  
Часто сочетается с гипертонусом ДПК.

## ГИПОКИНЕТИЧЕСКИЙ ТИП

- Болевой синдром связан с патологией желчного пузыря и/или патологией других органов ЖКТ (гастрит, язвенная болезнь, цирроз печени), ожирением, сахарным диабетом.
- Боли длительные, тупые, ноющие, сочетаются с диспепсией: отрыжка, тошнота, запоры/поносы.
- При УЗИ желчный пузырь увеличен, опущен, растянут, толщина стенки не превышает 3мм.

# Диагностика ДЖВП

Ультразвуковое исследование (УЗИ), позволяющее определить форму, размер желчного пузыря, выявить деформации; врожденные аномалии развития, конкременты в желчном пузыре и желчных протоках, выяснить тип дискинезий. Однако необходимо отметить некоторую субъективность этого метода, так как исследование желчного пузыря проводится однократно, без учета динамики его деятельности в условиях введения раздражителей, которые вызывают сокращение желчного пузыря. Такой упрощенный метод УЗИ привел к гипердиагностике ДЖВП. Для более информативной оценки моторики желчевыводящих путей определяется динамика изменения объема желчного пузыря после желчегонного завтрака (нативные яичные желтки). Измерение осуществляется натощак и спустя 60 мин. Одной из ошибок, которые допускаются во время обследования, является оценка моторики желчного пузыря по данной методике с использованием в роли раздражителя сорбита, сметаны, шоколада и др.





- Информативным методом диагностики ДЖВП является фракционное многомоментное дуоденальное зондирование, которое позволяет оценить моторную функцию желчевыводящей системы. Суть этого метода заключается в том, что вместо 3-х классических порций желчи изучают 5 фракций (фаз) желчевыделения. Кроме этого, желчь изучают через 5-минутные интервалы, что позволяет оценить тонус и моторику, реактивность разных отделов внепеченочной желчевыводительной системы – сфинктеров Одди и Люткенса, мышц общего желчного протока и желчного пузыря. При зондировании используются 2 раздражителя: на первом этапе – 33% раствор магния сульфата, который имеет нейромускуляторное действие, затем – оливковое масло. Магния сульфат можно заменить ксилитом или сорбитом (10% раствор), оливковое масло – яичным желтком нативного куриного яйца.

**Первая фаза** – это время от момента попадания оливы зонда в 12-перстную кишку до появления желчи. Учитывают время выделения первой порции желчи, скорость вытекания порции «А», общий объем порции. Эта фаза характеризует состояние тонуса сфинктера Одди.

**Вторая фаза** – время закрытого сфинктера Одди, в норме составляет 4 – 6 минут. На этом этапе желчь не выделяется. Рефрактерный период: если он сокращается, это говорит о сниженном тонусе сфинктера Одди, если удлиняется – о гипертонии сфинктера.

**Третья фаза (фаза порции «А»)** – это время от момента открытия сфинктера Люткенса. Эта фаза продолжается 3 – 5 минут, в течение которых выделяется до 3 – 5 мл светлой желчи с пузырьной и общего желчного протока.



- **Четвертая фаза** – пузырьная (фаза порции «В») соответствует времени отделения пузырьной желчи (с момента открытия сфинктера Люткенса и появления темно-оливковой желчи к моменту смены цвета последней на янтарно-желтый). Продолжительность пузырьной фазы (рефлекс Мельцера-Лайона) зависит от двигательной активности желчного пузыря, а количество желчи – от его тонуса. У здоровых детей возрастом 7 – 10 лет количество желчи не превышает 30 мл, у детей старшего возраста – 40 – 50 мл.

- **Пятая фаза** – выделение порции «С» – при отсутствии рефлекса со стороны желчного пузыря, сразу после введения раздражителя (33% раствор сульфата магнезии) выделяется желчь золотисто-желтого цвета с печеночных протоков. Фаза произвольно ограничивается 10 – 15 минутами. В течение этого времени выделяется 10 – 20 мл желчи. Затем вводится второй раздражитель – яичный желток или растительное масло. В норме после этого снова начинает выделяться «печеночная» желчь. При неполном освобождении желчного пузыря и гипотонии его мышц после введения второго раздражителя можно получить дополнительную пузырьную желчь (порция

# Лечение дискинезии желчевыводящих путей

- В лечении дискинезий желчевыводящих путей значительную роль играет регулирование двигательного режима и положительный эмоциональный фон, щадящая диета. В диетотерапии рекомендуется дробное питание 4 – 5 раз в день, строгое соблюдение режима приема пищи, избегание переедания. Детям при любом типе дискинезий исключаются жаренные, острые блюда, жирные сорта мяса и рыбы, маринады, копчености, консервы, изделия из сдобного и слоеного теста. При гипертонически-гиперкинетическом типе ДЖВП рекомендуется ограничение в диете механических и химических раздражителей, продуктов, содержащих грубую клетчатку, газированных напитков, холодной или очень горячей пищи, мороженого, шоколада.
- При гипокинетической дискинезии показано употребление продуктов, обладающих холекинетическим действием: растительные масла, молоко, сметана, сливки, неострый сыр, яйца всмятку и продукты, содержащие растительную клетчатку (капуста, свекла, морковь, огурцы, сливы, яблоки, абрикосы, черный хлеб). Некоторые продукты (яйцо, сливки, кефир с добавлением 2 – 3 чайных ложек растительного масла, отвар шиповника с ксилитом или сорбитом) желателно употреблять вечером за 1 час перед сном.



- Для нормализации функционального состояния нервной системы больным с *гиперкинетически-гипертоническим типом* дискинезией рекомендуется назначать седативные препараты, причем преобладающими должны быть фитосборы – отвары и настои корня валерианы, травы пустырника, пассифлоры, мелисы, плодов боярышника. Можно использовать препараты брома, беллатаминал, белласпон, неврин, фитосед. Выбор препарата и продолжительность лечения (2 – 4 недели) определяется степенью выраженности невротических расстройств. При гиперкинетически-гипертонической дискинезии основу лечения составляют холеретики и холеспазмолитики. Чаще назначаются истинные холеретики: холензим, аллахол, никодин, берберин, гепабене, легалон, фламин. Все эти препараты (исключая аллахол) назначаются перед приемом пищи не более 2 – 3 недель, после чего препарат меняется. В качестве гидрохолеретиков рекомендуется применение слабоминерализованных минеральных вод (2-5 г/л): Моршинская, Поляна квасова, Лужанская. Воду следует принимать в теплом дегазированном виде за 1 час до еды.

- Для снятия приступа боли при гиперкинетически-гипертонической дискинезии рекомендуется короткий курс спазмолитиков – папаверина, галидора, платифиллина, дротаверина. Хороший терапевтический эффект оказывает гастроцепин, который особенно показан детям с повышенной желудочной секрецией. При назначении спазмолитиков следует использовать не курсовое лечение, а недлительное лечение до полного купирования болевого синдрома, потому что при функциональных расстройствах курсовое–лечение этими препаратами не гарантирует надежной профилактики приступа через 1 2 дня после их отмены.

Целесообразно также применение лекарственных растений, обладающих желчегонным действием: барбарис обыкновенный, бессмертник песчаный, кукурузные рыльца, мята перечная, календула лекарственная, шиповник майский. Учитывая сложный генез дискинезий целесообразно использовать не отдельные лекарственные растения, а сборы из них.

Основной курс лечения желчегонными препаратами может быть проведен в стационаре или амбулатории в течение месяца (со сменой препарата каждые 2 недели), причем за основу лечения использовать синтетические желчегонные средства на основе лекарственного сырья. Поддерживающая терапия проводится не менее 3-х месяцев (2 недели каждого месяца) дифференцировано с учетом типа дискинезий, преимущественно сборами лекарственных растений с обязательной сменой сбора каждые 2 недели.



## *Лечение детей с гипокинетически-гипотонической дискинезией билиарной системы.*

- В первую очередь следует широко использовать мероприятия, направленные на повышение общего тонуса организма – лечебную физкультуру, водные стимулирующие процедуры, массаж. Назначаются тонизирующие препараты: настойка женьшеня, экстракт элеутерокока, настойка арамии (по 1 капле на год жизни), Магне В6.

Из желчегонных препаратов назначаются, прежде всего, вещества холекинетического действия: магния сульфат, сорбит, ксилит, маннит, растительные масла. Основной курс холекинетической терапии заключается в назначении 10 – 25% раствора ксилита или сорбита по 1 – 2 столовых ложки 3 раза в день за 30 минут до еды или растительного масла (лучше оливкового) по 1 десертной или столовой ложке 3 раза в день после еды в течение 3 – 4 недель. Одновременно проводят «слепые» зондирования (тюбажи) не реже двух раз в неделю в течение 1 месяца. В качестве холекинетика при проведении тюбажа могут быть использованы сырые яичные желтки (1 – 2), растительные масла в теплом виде по 15 – 30 мл, 25% раствор сорбита или ксилита по 30 – 50 мл, свекольный сок по 50 – 100 мл. При этом не следует использовать грелку, поскольку местные тепловые процедуры вызывают значительное спазмолитическое действие. По окончании курса холекинетической терапии назначают лекарственные растения в виде сборов (рябина обыкновенная, цветки ромашки, травы золототысячника, кукурузные рыльца, шиповник, календула).

- 
- Наряду с холекинетиками при гипотонически-гипокинетическом типе ДЖВП назначают холеретики (аллахол, холензим, хофитол, холивер, холагогум, циквалон).  
Рекомендуются минеральные воды высокой минерализации (Нафтуся, Трускавецкая, Моршинская и др.), газированные в холодном виде, 2 – 3 раза в день в течение 1 – 1,5 месяца. Хороший терапевтический эффект оказывают физиотерапевтические процедуры: диадинамотермия, электрофорез с сульфатом магнезии на область печени.  
После выписки из стационара больному необходимо в течение 2 – 3 месяцев соблюдать щадящую диету с последующим переходом на общий стол. Два раза в год целесообразно провести курс желчегонной терапии, используя при этом сборы лекарственных растений, дифференцированных с учетом вида дискинезий.



- 
- *Диспансерное наблюдение* за ребёнком с билиарными дисфункциями осуществляется на протяжении трёх лет с момента последнего обострения. Для того чтобы предупредить развитие у ребёнка дискинезии желчевыводящих путей, нужно следить за правильностью и регулярностью его питания, оградить малыша от стрессовых ситуаций, не допускать эмоционального перенапряжения, своевременно корректировать вегетативные расстройства, ведь помимо неприятных болевых и диспептических нарушений при постоянном застое желчи высок риск развития в дальнейшем воспалительных заболеваний желчных путей и образования камней в желчном пузыре. Длительность диспансерного наблюдения детей с ДЖВП не менее 2-х лет. Показано пребывание в бальнеологических питьевых санаториях (1 раз в год), оздоровление в специализированном лагере санаторного типа.