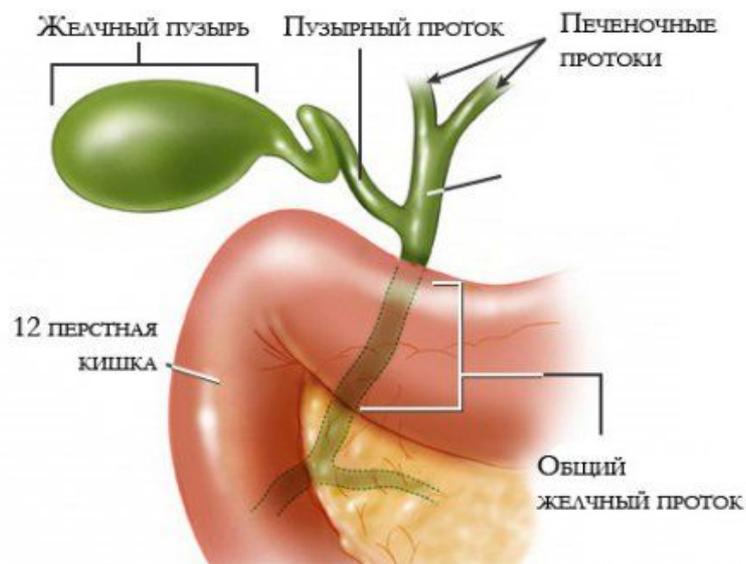


Дискинезии желчевыводящих путей у детей



Составила: студентка 414 группы
педиатрического факультета
Грушина Юлия Николаевна

г. Нижний Новгород
2016г

Функциональные заболевания желчных путей (дискинезии)

- ▶ комплекс клинических симптомов, развившихся в результате моторно-тонической дисфункции желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров. Независимо от этиологии их принято подразделять на гипер- и гипокинетические **дисфункции желчного пузыря и дисфункции сфинктера Одди.**
- ▶ *Дисфункция желчного пузыря* - это нарушение сократительной способности желчного пузыря, которое сопровождается болью типа желчной колики и часто ассоциируется с нарушением опорожнения желчного пузыря.
- ▶ *Дисфункция сфинктера Одди* - это нарушение его сократительной способности, которое клинически манифестирует заболеваниями билиарной системы и поджелудочной железы.



Физиологические функции желчи:

- нейтрализует соляную кислоту и пепсин;
- активизирует кишечные и панкреатические ферменты;
- фиксирует ферменты на ворсинках тонкого кишечника;
- эмульгирует жиры;
- участвует во всасывании жирорастворимых витаминов – А, Д, Е, К;
- стимулирует перистальтику и тонус кишечника;
- подавляет размножение гнилостной микрофлоры в кишечнике;
- стимулирует холерез в печени;
- экскретирует лекарственные, токсические вещества и др.

Предрасполагающие и этиологические факторы билиарных дискинезий

- Астеническое телосложение
- «Сидячий» образ жизни
- Продолжительные интервалы между приемами пищи
- Дисгормонозы женской половой сферы
- Надсегментарные и сегментарные вегетативные расстройства
- Перенесенный острый вирусный гепатит А

Виды дискинезий желчевыводящих путей

Первичные дискинезии образуются на неизмененных структурах билиарного тракта

имеют значение соматовегетативные расстройства, отрицательные эмоции, формирующие очаги «застойного» возбуждения в гипоталамусе, ретикулярной формации.

наследственно-конституциональные факторы, определяющие восприимчивость некоторых органов и систем, а также с патологические установки в пищевом поведении, сформированными еще в детском возрасте.

Вторичные дискинезии

могут наблюдаться при:

- ▶ гормональных расстройствах, в том числе при лечении соматостатином, при предменструальном и климактерическом синдромах, беременности, сахарном диабете;
- ▶ гепатите, циррозе печени;
- ▶ диэнцефальных расстройствах;
- ▶ правостороннем нефроптозе;
- ▶ хроническом дуодените;
- ▶ язвенной болезни желудка и ДПК;
- ▶ на фоне хронического холецистита и желчнокаменной болезни.

Клинические проявления билиарных дискинезий

- ▶ При **гипокинетическом типе дискинезий** абдоминальные боли в правом подреберье без иррадиации, тупые, ноющие, постоянные, сочетаются с билиарной диспепсией (горечь, тошнота, запоры) вследствие дуоденогастрального рефлюкса и билиарной недостаточности пищеварения.
- ▶ При **гиперкинетическом типе дискинезий** абдоминальные боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, приступообразные, спровоцированные приемом острой, жирной, холодной пищи, могут достигать интенсивности колики. В межприступном периоде болевых ощущений нет. Билиарная диспепсия нехарактерна.

Дисфункция сфинктера Одди (ДСО).

Она характеризуется частичным нарушением проходимости протоков на уровне сфинктера и может иметь как органическую (структурную), так и функциональную природу (нарушение двигательной активности, тонуса сфинктера холедоха и/или панкреатического протока). Клинически дисфункция сфинктера Одди проявляется нарушением оттока желчи и панкреатического сока.

Таблица

Группы больных с дисфункцией сфинктера Одди (по Green-Hogan)

Группа 1	Группа 2	Группа 3
ДСО со структурными нарушениями билиарной системы	ДСО как с наличием, так и отсутствием структурных нарушений билиарной системы	ДСО без структурных нарушений билиарной системы
Приступ болей билиарного типа в сочетании с тремя следующими признаками:	Приступ болей билиарного типа в сочетании с одним или двумя следующими признаками	Приступ болей билиарного типа
Задержка эвакуации из общего желчного протока (> 45 мин)		
Расширенный общий желчный проток (> 12 мм)		
Подъем уровня аспартатаминотрансферазы и/или щелочной фосфатазы (> 2 норм при двух		

Критерии диагностики дисфункции сфинктера Одди

- ▶ выраженной устойчивой боли, локализованной в эпигастрии и правом верхнем квадранте живота;
- ▶ болевые эпизоды, длящиеся более 20 минут, чередующиеся с безболевыми интервалами;
- ▶ возникновение приступов в срок свыше 3 месяцев;
- ▶ устойчивость болевого синдрома, нарушающего трудовую деятельность, необходимость консультации с врачом;
- ▶ отсутствие данных о структурных изменениях, которые могли бы объяснить эти признаки.

Билиарный тип характеризуется локализацией болей в эпигастрии и правом подреберье с иррадиацией в спину и правую лопатку. Для него характерно замедленное выделение контрастного вещества при ЭРХПГ (свыше 45 мин). УЗИ выявляет расширение общего желчного протока свыше 12 мм.

Панкреатический тип характеризуется болевым синдромом, напоминающим приступ острого панкреатита: боль в левом подреберье с иррадиацией в спину, уменьшающаяся при наклоне вперед. Характерно расширение панкреатического протока в головке поджелудочной железы более чем на 6 мм, а в теле - более чем на 5 мм.

Сочетанный тип отличается преимущественно опоясывающими болями.

лабораторные анализы:

- ▶ Общий анализ крови (при дискинезии обычно все показатели в норме, но при сопутствующих воспалительных заболеваниях различных органов и систем возможно увеличение общего числа лейкоцитов и СОЭ);
- ▶ Общий анализ мочи (при дискинезии моча становится темнее, чем в норме, и в ней могут присутствовать желчные пигменты);
- ▶ Биохимический анализ крови (для выявления дискинезии определяют концентрацию креатинина, мочевой кислоты, общего белка и его фракций, билирубина, калия, натрия, кальция и магния, а также активность щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ));
- ▶ Липидограмма (при дискинезиях возможно нарушение соотношения фракций ЛПВП и ЛПНП);
- ▶ Анализ кала на яйца глист (позволяет выявить гельминтозы).

Инструментальная диагностика разных типов дискинезий

Методы исследования	Гипокинети- ческий тип	Гиперкинети- ческий тип
Дуоденальное зондирование	Увеличение порции «В»	Уменьшение порции «В»
УЗИ органов брюшной полости	Замедленное опорожнение пузыря	Ускоренное опорожнение пузыря
Холецисто- графия с желчегонным «завтраком»	Сокращение объема пузыря менее чем на 60%	Сокращение объема пузыря более чем на 50%

Диагностические критерии по функциональным заболеваниям билиарного тракта:

- ▶ Рецидивирующие эпизоды в течение 3 мес. умеренной или выраженной постоянной боли в эпигастрии или правом подреберье длительностью 20-30 мин (боль определяется умеренной, если она прекращается в покое, и выраженной, если купируется приемом медикаментозных средств).
- ▶ Боль может ассоциироваться с одним или несколькими симптомами:
 - ▶ тошнота или рвота;
 - ▶ иррадиация боли в спину или под правую лопатку;
 - ▶ возникновение боли после еды;
 - ▶ боль заставляет пациента просыпаться среди ночи.

▶ Доказанность дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди.

▶ Отсутствие структурных изменений в желчном пузыре и желчевыводящих протоках, объясняющих вышеуказанные симптомы.

▶ **Отсутствие воспалительных изменений** со стороны брюшной полости (симптомов раздражения брюшины) и системных признаков воспаления (лихорадка, лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ)

Дифференциальная диагностика ДЖВП

базируется на следующих характерных признаках функциональных расстройств ЖВС:

- ▶ 1. Преобладание в клинической картине проявлений невротического синдрома;
- ▶ 2. Связь болевого синдрома со стрессами, эмоциональными факторами;
- ▶ 3. Кратковременность, периодичность боли;
- ▶ 4. Незначительная выраженность пальпаторной болезненности области желчного пузыря в период обострения и отсутствие ее в период ремиссии;
- ▶ 5. Отсутствие лихорадки во время появления болевого синдрома;
- ▶ 6. Отсутствие воспалительных изменений со стороны крови (лейкоцитоз, увеличение СОЭ);
- ▶ 7. Отсутствие воспалительных элементов в желчи (лейкоцитов, слизи, эпителия);
- ▶ 8. Отсутствие признаков органического поражения желчного пузыря:
 - ▶ по данным рентгенологического исследования - неизменная концентрационная функция пузыря и наличие хорошо контрастированной тени желчного пузыря;
 - ▶ по данным ультразвукового исследования - толщина стенки желчного пузыря не более 3 мм, отсутствие в просвете его песка, конкрементов;
- ▶ 9. Лабильность пузырного рефлекса, увеличенное (при гипокинезии) или уменьшенное (при гиперкинезии) количество желчи в порции «В», изменение ритма желчеотделения.

Критерии	Форма дискинезии		Хронический холецистит
	гипертоническая	гипотоническая	
Анамнез	Невротические	Отрицательные	Слабость, вялость,
	реакции, эмоциональные нагрузки, лабильность вегетативной нервной системы	эмоции, физические нагрузки	признаки интоксикации, полигиповитаминоз
Сезонность обострения	Осенне-весенний период	Нехарактерна	Осенне-весенний период
Длительность заболевания	До 1 года	1–1,5 года	1,5–2 года
Болевой синдром:			
постоянные боли	Нехарактерны	Характерны	Характерны
связь с погрешностями в диете	Через 30–40 мин после приема холодной пищи	Через 1–2 ч после приема пищи, особенно жирной	Через 1–2 ч после приема пищи, особенно жирной и жареной
Приступообразная боль	Характерна	Нехарактерна	Характерна
Локализация болей в правом подреберье	–	Характерна	–
Ноющие тупые боли	Нехарактерны	Характерны	Характерны
Иррадиация	Нехарактерна	Нехарактерна	В правое плечо и лопатку
Длительность болевого синдрома	Кратковременные	Длительные	Схваткообразные, 1–5 дней Тупые, 2–3 недели
Диспептический синдром:			
рвота	Характерна	Иногда	Характерна
тошнота	–	Характерна	–
запоры	Нехарактерны	Характерны	Характерны
отрыжка	Нехарактерна	Характерна	Характерна
горечь во рту	–	–	–

Критерии	Форма дискинезии		Хронический холецистит
	гипертоническая	гипотоническая	
Пониженное питание	Нехарактерно	Нехарактерно	Характерно
Кожа	Без особенностей	Без особенностей	Бледная, сухая
Язык	Не обложен	Не обложен	Обложен белым налетом, запах изо рта
Мышечное напряжение	Отсутствует	Отсутствует	Характерно
Болезненность при пальпации в правом подреберье	Характерна	Характерна	Характерна
Вздутие живота	Нехарактерно	Характерно	Характерно
Пузырные симптомы	Выражены нерезко	Выражены нерезко	Положительные
Интоксикация	Отсутствует	Отсутствует	Выражена
Данные дуоденального зондирования	Увеличение фазы закрытого сфинктера Одди до 6 мин и более, уменьшение объема порции В и продолжительности выделения пузырной желчи	Сокращение фазы закрытого сфинктера Одди, удлинение рефлексорного периода. Снижение скорости выделения желчи	В осадке слизь, песок, кристаллы
Холецистография	Пузырь овальной формы, сокращение более чем на 1/2 после желчегонного завтрака	Пузырь увеличен, грушевидный, сокращение менее чем на 1/2	Сокращение в зависимости от вида дискинезии, нарушение концентрационной функции
Ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря	Сокращение желчного пузыря более чем на 1/2 после желчегонного завтрака	Резкое замедление или полное отсутствие сокращения желчного пузыря, уплотнение его стенок, наличие в просвете	Нарушение кинетики желчного пузыря, уплотнение и утолщение стенок, наличие в просвете пузыря хлопьев слизи,

Критерии	Форма дискинезии		Хронический холецистит
	гипертоническая	гипотоническая	
Гепатобили- сцинтиграфия	Ускорение выхо- да радиофарм- препарата (РФП) в кишечник, сокращение ла- тентного перио- да, усиление двигательной функции желч- ного пузыря	Удлинение вре- мени накопления РФП в желчном пузыре, удлине- ние латентного периода, сниже- ние двигатель- ной функции желчного пузыря	Снижение погло- тительной и вы- делительной функций желч- ного пузыря и нарушение двига- тельной функции его
Биохимия желчи	Снижение актив- ности гистидазы и уроканиназы, нормальные по- казатели лизо- цима и щелочной фос- фатазы	Снижение актив- ности гистидазы и уроканиназы, повышение ак- тивности щелоч- ной фосфатазы, понижение уров- ня лизоцима	Резкое повыше- ние активности щелочной фос- фатазы и сниже- ние уровня лизоцима
Биохимические показатели крови	Без изменений	Небольшое уве- личение актив- ности щелочной фосфатазы	Повышение активности ще- лочной фосфа- тазы, β -липо- протеидов
Перифериче- ская кровь	Без изменений	Без изменений	Лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг влево, анемия

Принципы диетотерапии билиарных дискинезий

Общими *принципами диеты* являются: режим питания с частыми приемами небольших количеств пищи (5-6 разовое питание). Прием пищи, вызывая опорожнение желчного пузыря и системы протоков, способствует нормализации давления в двенадцатиперстной кишке. Из рациона исключаются алкогольные напитки, газированная вода, копченые, жирные и жареные блюда и приправы в связи с тем, что они могут вызвать спазм сфинктера Одди.

- ▶ При лечении **гипокинетических дискинезий и гипотонии желчного пузыря** больным назначают продукты, стимулирующие его сокращения, - некрепкие мясные и рыбные бульоны, сливки, сметану, растительные масла, яйца всмятку.

- ▶ При лечении **гиперкинетических дискинезий** должны быть резко ограничены продукты, стимулирующие сокращение желчного пузыря - животные жиры, растительные масла, наваристые мясные, рыбные, грибные бульоны.

- ▶ Лечение должно быть комплексным, направленным на нормализацию оттока желчи и недопущение ее застоя в желчном пузыре. Для этого в терапии дискинезии желчевыводящих путей применяются следующие методы:
 - ▶ Нормализация и поддержание режима труда и отдыха;
 - ▶ Соблюдение диеты (стол № 5);
 - ▶ Прием минеральных вод;
 - ▶ Прием лекарственных препаратов, нормализующих отток желчи, купирующих болевой синдром, снимающих спазм сфинктеров и устраняющих тягостную симптоматику (ферментные, желчегонные, спазмолитики);
 - ▶ Прием лекарственных препаратов, нормализующих состояние нервной системы (успокоительные, седативные, тонизирующие средства и т.д.);
 - ▶ Применение закрытых тюбажей и дуоденального зондирования;
 - ▶ Физиотерапия (электрофорез, диадинамические токи, парафиновые аппликации);
 - ▶ Иглоукалывание;
 - ▶ Массаж;
 - ▶ Санаторно-курортное лечение

Спазмолитические препараты для лечения гиперкинетических билиарных дискинезий

- **Антихолинергические средства** - препараты красавки, атропин, метацин, бускопан
- **Нитраты** - нитроглицерин, нитросорбид
- **Селективные блокаторы кальциевых каналов** - дицетел, спазмомен
- **Миогенные спазмолитики** - папаверина гидрохлорид, но-шпа, одестон

Желчегонные препараты для лечения гипокинетических билиарных дискинезий

Холеретики

- Препараты, содержащие желчь или желчные кислоты (аллохол, дегидрохолевая кислота, лиобил, холензим);
- Синтетические препараты (оксафенамид, никодин, циквалон);
- Препараты растительного происхождения (фламин, холагогум, кукурузные рыльца, бессмертник песчаный и др.);
- Гидрохолеретики (минеральные воды, препараты валерианы).

Холекинетики

- Гастроинтестинальные гормоны (холецистокинин);
- Препараты, вызывающие повышение тонуса желчного пузыря и снижение тонуса желчных путей (сульфат магния, оливковое масло, ксилит, сорбит, холосас и др.).

Классификация желчегонных препаратов

1. *Холеретики* (средства, увеличивающие выработку желчи клетками печени):

- *Истинные холеретики*, увеличивающие выработку желчи за счет активного синтеза желчных кислот:

Препараты, содержащие компоненты натуральной желчи животных – [Аллохол](#),

Холензим, Вигератин, Лиобил;

Дегидрохолевая кислота – Хологон;

Натриевая соль дегидрохолевой кислоты – Дехолин, Билитон, Супракол, Холамин, Холомин.

- *Синтетические холеретики*, представляющие собой химические вещества, полученные путем органического синтеза и обладающие свойством увеличивать продукцию желчи;

Гидроксиметилникотинамид (Никодин)

Гимекромон (Одестон, Холонертон, Холестил);

Осалмид Циквалон

- *Гидрохолеретики*, представляющие собой вещества, увеличивающие объем желчи за счет ее разбавления и увеличения процентного содержания в ней воды.

Щелочные [минеральные воды](#) (Нафтуса, Боржоми, Нарзан, Эссентуки 17, Эссентуки 4, Арзни, Смирновская, Славяновская, Ижевская, Джермук и т.д.);

Салицилаты (натрия салицилат);

Препараты [валерианы](#) (спиртовой настой валерианы, таблетки валерианы)

□ **2. Холекинетики** (средства, улучшающие отток желчи за счет повышения тонуса желчного пузыря и одновременного расслабления желчевыводящих протоков).

Сульфат магния (Магнезия, Кормагnezин);

Сорбитол (Сорбит);

Маннитол (Маннит, Маннитол);

Ксилит;

Экстракт листьев и корней барбариса (Берберина сульфат, Берберис-Гомаккорд, Берберис плюс);

Экстракт цветов бессмертника (Фламин);

Экстракт плодов шиповника (Холосас, Холемакс, Холос).

3. Холеспазмолитики (средства, улучшающие отток желчи за счет расслабления мышц желчного пузыря и желчевыводящих путей):

Холинолитики

Спазмолитики синтетические; Папаверин (Папаверин, Папаверин буфус, Папазол);

Дротаверин (Биошпа, Нора-Дротаверин, Дроверин, Но-Шпа, Нош-Бра, Пле-Спа, Спазмол, Спазмонет, Спазоверин, Спаковин);

Лечебные мероприятия	Дискинезия	
	гипотонически-гипокинетическая	гипертонически-гиперкинетическая
Диета	Стол № 5, по Певзнеру. Рекомендуются продукты желчегонного действия, содержащие растительную клетчатку	Диеты № 5, 5а. Ограничение механических и химических пищевых раздражителей, жиров
Нейротропные средства	Преимущественно стимулирующего действия: кофеин, элеутерококк, пантокрин, женьшень, ФиБС, экстракт алоэ	Преимущественно седативного действия: транквилизаторы, новокаин, в том числе интрадуоденально
Спазмолитические препараты	Применение не показано	Показаны: папаверин, но-шпа, ганглиоблокаторы
Теплые процедуры	Применяются только в период обострения	Широко рекомендуются
Лечебная физкультура	Назначение широко показано, тонизирующего типа	Щадящая методика
Физиотерапевтические процедуры	Тонизирующего типа: фарадизация, гальванизация, диадинамотерапия, грязелечение	Седативного типа: электрофорез новокаина, папаверина, сульфата магния, воротник, по Щербакову
Дуоденальные зондирования, тюбажи	Проведение широко показано (не реже 2—3 раз в неделю)	Назначают с осторожностью
Минеральные воды	Высокой и средней минерализации, комнатной температуры, преимущественно сульфатнатриевые и сульфатомagneиные 3 раза в день, не более 300—400 мл в день на 2 приема	Гидрокарбонатно-хлоридно-натриевые, относительно низкой минерализации, с низким содержанием газа, в теплом виде, до 5—6 раз в день небольшими порциями

Моторика

Тонус

Повышена

Снижена

Повышен

Снижен

Спазмолитики
Седативные
Фитотерапия
Физиотерапия

Тюбажи
Тонизирующие
Холекинетики

Спазмолитики
Седативные

Тонизирующие

На фоне терапии возможно развитие относительной гипертензии в ЖВП

Спазмолитики