

ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Зайцев И.Э., доцент

Кафедра педиатрии с курсом медицинской генетики медицинского института Сумского государственного университета

Заболевания желчевыводящих путей являются второй по распространенности гастроэнтерологической патологией у детей после заболеваний гастродуоденальной зоны.

Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) - наиболее частая патология гепатобилиарной системы у детей дошкольно-школьного возраста. Девочки болеют в 3-4 раза чаще, чем мальчики. По данным нашей клиники, примерно у трети детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта находят функциональную патологию желчевыводящих путей. В большинстве случаев ДЖВП не являются первичным заболеванием, они формируются на фоне вегетативной дискоординации, при аномалиях желчного пузыря (желчных путей), на фоне других заболеваний органов пищеварения (поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки, печени, кишечника).

Диагностические тесты при заболеваниях билиарного тракта можно разделить на две группы: скрининговые и уточняющие. Скрининговые методы: ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, желчного пузыря и поджелудочной железы; эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС); определение эластазы-1 кала; определение содержания «печеночных» ферментов в крови (АЛТ, АСТ, ГГТП); определение панкреатических ферментов в крови и моче. Уточняющие методы: УЗИ с оценкой моторной функции желчного пузыря и сфинктера Одди; гепатобилисцинтиграфия; холецистография.

Наиболее доступны в диагностике ДЖВП методы УЗИ при этом можно диагностировать различные варианты формы желчного пузыря: перегибы, перетяжки, перегородки; деформация в виде перегибов в три раза чаще встречается в теле и шейке, а перетяжки в области шейки и дна; увеличение размеров желчного пузыря отмечается при гипомоторной дискинезии; при развитии дисхолии можно видеть осадок в желчном пузыре, уплотнение его стенок.

Для оценки моторной функции желчного пузыря используется холекинетический завтрак (яичные желтки). Также при УЗИ можно диагностировать смешанные формы ДЖВП. Метод холецистографии позволяет оценить морфологию и функцию желчевыводящей системы (двигательную, концентрационную, растяжимость желчного пузыря), но имеет довольно много противопоказаний.

Лечение детей с дискинезиями желчевыводящих путей должно быть комплексным, этапным и максимально индивидуальным, включать в себя диспансерное наблюдение, санаторно-курортное лечение, при необходимости — лечение в стационаре

Диетотерапия детям с ДЖВП назначается диета № 5 по Певзнеру.

Детям в зависимости от их неврологического статуса назначают седативные средства (широко используются растительные препараты, содержащие валериану, пустырник, мяту, пион, зверобой, при необходимости нейролептики, ноотропы) или тонизирующие (экстракт элеутерококка, настойка женьшеня, аралии, китайского лимонника и др.).

Одно из ведущих мест в комплексной терапии больных с ДЖВП занимают желчегонные средства. По механизму действия все желчегонные препараты подразделяются на две большие группы.

1-я группа — препараты, стимулирующие желчеобразовательную функцию печени (холеретики) или истинные желчегонные. Эти средства стимулируют желчеотделение за счет усиления функциональной активности гепатоцитов. К этой группе относятся:

- а) препараты, содержащие желчные кислоты (Лиобил), в том числе комбинированные холеретики, содержащие компоненты желчи, ферменты, растительные экстракты (Аллохол, Дигестал, Фестал, Холензим);
- б) синтетические препараты (Никодин, Оксафенамид, Циквалон);
- в) препараты растительного происхождения (Хофитол, Фламин, Гепатофальк-планта, Фуметерре, Холагум, Холагол, Холосас, Курепар);
- г) препараты, увеличивающие секрецию желчи за счет ее водного компонента, — гидрохолеретики (минеральные воды, кукурузные рыльца, препараты валерианы).

2-я группа — препараты, стимулирующие желчевыделение:

а) холекинептики — повышают тонус желчного пузыря и снижают тонус желчных путей. Эти препараты раздражают рецепторы слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и вызывают выработку холецистокинина, контролирующего кинетику желчного пузыря и сфинктера Одди. К этой группе относятся сульфат магния, Ксилит, Берберин, Сорбит, Холагум, Циквалон;

б) холеспазмолитики — снижают тонус сфинктера Одди (Одестон, Гепабене, Мебеверин, Атропин, экстракты белладонны и мяты, Платифиллин, Но-шпа, Папаверин).

Течение болезни характеризуется волнообразностью – периодами обострения и ремиссии. Тяжесть состояния определяется выраженностью болевой, диспептического синдромов, а также характером сочетанного поражения других отделов желудочно-кишечного тракта. Острый период при адекватном лечении продолжается 3-4 дня, по истечении которых болевой и диспептический синдромы исчезают. Длительность самой болезни составляет в среднем 2-3 года. Прогноз благоприятный.