

ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Дискинезия желчных путей — расстройство моторики мышечной стенки желчного пузыря и протоков, проявляющееся несогласованностью, чрезмерным или недостаточным сокращением желчного пузыря и сфинктеров, нарушениями отведения желчи в двенадцатиперстную кишку и сопровождающееся появлением болей в правом подреберье. Дискинезии составляют 70—75% всех болезней билиарной системы в детском возрасте.

В основе дискинезии внепеченочных желчных путей лежит нарушение взаимодействия иннервационной и паракринной систем, координирующих последовательность сокращения и расслабления желчного пузыря и системы сфинктеров.

Могут быть первичными (из-за расстройства нейрогуморальных регуляторных механизмов при отсутствии идентифицированных заболеваний желудочно-кишечного тракта) и вторичными (выявленные у больных с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта с прямой зависимостью клинико-инструментальных проявлений БД от степени выраженности основного заболевания).

Различают

- **гипермоторную (гиперкинетическую)**
- **гипомоторную (гипокинетическую)** дисфункции желчевыводящих путей.

При гипермоторной дискинезии повышена активность сфинктера Одди, повышена двигательная и снижена концентрационная функция желчного пузыря.

Гипомоторная дискинезия характеризуется снижением двигательной и повышением концентрационной функции желчного пузыря (концентрационная функция желчного пузыря вычисляется по соотношению концентрации билирубина в пузырьной порции к концентрации билирубина в печеночной порции дуоденальной желчи).

ЭТИОЛОГИЯ

Выделяют следующие факторы, приводящие к дискинезии желчевыводящих путей (ЖП):

- нейроциркуляторная дисфункция различного генеза;
- перенесенный острый вирусный гепатит;
- конституциональные особенности ребенка с вегетативной дистонией и малоподвижный образ жизни;
- неврозы;
- пищевая аллергия;
- любая хроническая патология желудочно-кишечного тракта (особенно воспалительная);
- паразитозы желудочно-кишечного тракта, особенно лямблиоз;
- наследственная предрасположенность, хотя она все же чаще сводится к семейным особенностям образа жизни, в частности, питания;
- отравления, экопатология, длительное злоупотребление в питании продуктами промышленного консервирования;
- эндокринные заболевания (ожирение, тиреотоксикоз, сахарный диабет).

ПАТОГЕНЕЗ. Механизмы возникновения дискинезий билиарной системы у детей довольно переменны. С одной стороны, невроз с доминированием тонуса симпатического или парасимпатического отдела ЦНС приводит к стойким спазмам или гипотонии сфинктеров желчных путей, с другой — при болезнях двенадцатиперстной кишки нарушается секреция ею холецистокинина, а при заболеваниях желудка и других

отделов кишечника — секреция гастрина, нейрого르몬ов, которые также прямо или косвенно регулируют двигательную активность желчных путей. Дискинезия может быть следствием висцеро-висцеральных рефлексов с пораженных отделов желудочно-кишечного тракта, а также в случае повышения интрадуоденального давления возникает «запирающий» эффект сфинктера Одди: прекращается выделение желчи в кишечник и развивается синдром подпеченочного холестаза. При снижении интрадуоденального давления пассаж желчи в кишечник происходит еще до приема желчегонного завтрака.

Гипокинетическая форма дискинезии желчных путей (80% всех дискинезий) наблюдается чаще у детей с преобладанием тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. Этому способствует выделение антихолецистокинина, избыточное количество которого значительно снижает образование холецистокинина в двенадцатиперстной кишке. Снижение его синтеза, являющегося холекинетическим агентом, еще более замедляет двигательную функцию желчного пузыря. При гиперкинетической форме дискинезии у больного чаще преобладает тонус парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Раздражение блуждающего нерва приводит к сокращению желчного пузыря и спазму сфинктеров пузырного и общего протоков.

Нарушение нейрогуморальной деятельности приводят к дискоординации тонуса и двигательной функции желчного пузыря и желчных протоков с дальнейшим нарушением пассажа желчи в кишечник. Нарушение ритмики поступления желчи в кишечник уменьшает бактерицидные свойства верхних отделов желудочно-кишечного тракта, ведет к дисбактериозам, дискинезиям кишечника. Длительно текущая дискинезия, вызывая застой и инфицирование желчи, заброс кишечного содержимого в желчный пузырь (рефлюкс), приводит к холециститу.

Болевой синдром при гиперкинетической форме дискинезии желчных путей является следствием внезапного повышения давления в желчном пузыре, который сокращается при внезапно возникшей гипертонии Люткенса или Одди. Болевой синдром при гипокинезии обусловлен преимущественным растяжением инфундибулярной части желчного пузыря.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По сократительной активности:

- Гипотоническая – проявляется в снижении тонуса желчных сфинктеров.
- Гипертоническая – обратный гипотоническому типу процесс.
- Гиперкинетическая – характеризуется высоким тонусом желчного пузыря; неестественные сокращения сфинктеров приводят к быстрому оттоку желчи и блокированию ее попадания в двенадцатиперстную кишку.
- Гипокинетическая – редкий тип заболевания, который характеризуется расслаблением стенок желчного пузыря и крайне медленным выведением желчи.
- Смешанная – присутствуют признаки всех типов недуга.

По характеру течения:

- Первичная – характеризуется медленным течением, отсутствием патологий в желчном пузыре и протоках. Первичная дискинезия желчевыводящих путей обусловлена аллергическими реакциями, невротами и гормональными нарушениями.
- Вторичная – возникает вследствие генетической аномалии, а также как причина определенных заболеваний органов брюшины (например, холецистит, стеноз и т.п.).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

омы). Клиническая картина заболевания определяется причиной, приведшей к дискинезии, и видом ее.

Нередко у таких больных возникают вазомоторный и нейровегетативный синдромы: потливость, тахикардия, гипотония, ощущение слабости, головная боль. У большинства больных имеются симптомы невроза: повышенная утомляемость, раздражительность, плаксивость, вспыльчивость. Наряду с этим дети жалуются на боли в правом подреберье, эпигастрии.

При гиперкинетической форме дискинезии желчных путей периодически возникает острая коликообразная, иногда сильная боль в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, плечо, а иногда в левую половину грудной клетки, область сердца. Боль, как правило, возникает внезапно, повторяется несколько раз в сутки, носит кратковременный характер, при этом не наблюдается повышения температуры тела, увеличения СОЭ, лейкоцитоза. Иногда приступы болей сопровождаются тошнотой, рвотой, нарушением функции кишечника.

нодон' бволон' нрбулпсннси флнкпнн кнпсннкк'

Гипокинетическая дискинезия характеризуется постоянной тупой, ноющей болью в правом подреберье без четкой иррадиации. Чрезмерные эмоции, а иногда и прием пищи усиливают болевые ощущения и чувство распираания в правом подреберье. Больные часто жалуются на плохой аппетит, отрыжку, тошноту, горечь во рту, вздутие живота, запор (реже — понос). При пальпации — небольшая болезненность в области проекции желчного пузыря (в месте пересечения нижнего края печени с наружным краем правой прямой мышцы брюшной стенки).

Температура тела у детей нормальная, при клиническом анализе крови отклонений от возрастных норм, как правило, нет.

Диагностика дискинезии желчных путей базируется на характерной клинической картине, данных ультразвукового исследования, рентгенологического исследования желчных путей и желудочно-кишечного тракта, результатах фракционного дуоденального зондирования.

ДИАГНОСТИКА

- Наиболее важны для диагностики результаты осмотра — обнаружение болезненности при пальпации в области желчного пузыря (место пересечения правого края прямой мышцы живота с реберной дугой), что особенно четко выявляют при глубокой пальпации в момент вдоха. При нечетких результатах необходим осмотр в динамике. Очень важно тщательно оценить состояние ЦНС и вегетативного ее отдела. Обязательно также обследовать болевые точки, характерные для солярита, искать очаги хронической инфекции, яйца глистов и цисты лямблий в стуле (не менее 5 дней подряд).
- УЗИ печени и желчевыводящих путей
- Эзофагогастродуоденоскопии
- ФГДС.
- Общий анализ крови.
- Исследование кала.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечебные мероприятия	Дискинезии	
	гипокинетическая (гипомоторная)	гиперкинетическая (с повышенным тонусом сфинктеров)
Диета	Стол 5, 5а по М. И. Певзнеру с достаточным содержанием жиров растительного происхождения (до 1–1,2 г/кг/сут), овощей и фруктов, богатых пищевыми волокнами	Стол 5, 5а по М. И. Певзнеру с уменьшенным содержанием жира (0,5–0,6 г/кг/сут), ограничением механических и химических раздражителей стимуляторов секреции пищеварительных желез
Нейротропные препараты	Прокинетики – домперидон (Мотилиум, Мотилак), метоклопрамид (Церукал, Реглан); растительные адаптогены – элеутерококк, женьшень и др.	Преимущественно седативного действия: беллатаминал, малые транквилизаторы, Фенибут и др.
Спазмолитические препараты	Не показаны	Миотропные спазмолитики – Но-шпа, Галидор и др.; М-холинолитики – атропина сульфат, желудочные капли, папаверин, Метацин и др.;
Желчегонные препараты	Холекинетики: Гепабене, Галстена, Хофитол, Урсосан, ксилит, сорбит, сульфат магния, Холагогуум, Холафлукс и др.	Холеретики: Аллохол, Лиобил, Гепабене, Одестон, Дюспаталин, Галстена, Гепатофальк планта, Урсосан, Олиметин, Фламин, Холагол, Холосас, Холафлукс, Холензим и др.
Слепые зондирования по Демьянову	2–3 раза в неделю с минеральной водой	Назначают с осторожностью в зависимости от эффекта
Физиотерапевтические процедуры	Ультразвук низкой интенсивности, гальванизация хлористым кальцием, синусоидальные модулированные токи на место проекции желчного пузыря, электросон	Электрофорез с сульфатом магния, новокаином, папаверином, индуктотермия, ультразвук высокой интенсивности на область правого подреберья, гальванический воротник по Щербаку
Минеральные воды	Высокой и средней минерализации (Ессентуки № 17, Боржоми, Моршанская, Баталинская и др.) 3 раза в день, не более 300–400 мл в день	Сульфатно-натриевые и магниевые низкой минерализации (Славяновская, Смирновская, Арзни, Джермук, Ессентуки № 4 и 20 и др.) с низким содержанием газа, в теплом виде до 5–6 раз 3 мл/кг на прием
Лечебная физкультура	Широко показана, стимулирующего типа	Щадящая методика