

Холепатии у детей

Холепатии – заболевания желчевыводящих путей (ЖВП), занимают одно из первых мест в структуре болезней органов пищеварения у детей.

Начинаясь, как правило, в детском возрасте заболевания ЖВП принимают прогрессирующее течение приводя к развитию ЖКБ и ранней инвалидизации больных.

Холепатии – это собирательный термин, составляют 79% от всех поражений ЖКТ.

Выделяют следующие виды холепатии:

1. функциональные нарушения биллиарного тракта

2. воспалительные заболевания: холециститы, холангиты.

3. обменные заболевания: желче-
каменная болезнь (ЖКБ).

4. пороки развития ЖП и желчных
путей.

5. паразитарные заболевания:
гельминтозы, описторхозы,
эхинококкозы.

6. опухоли.

Заболеваемость выше чем диагностируется, девочки болеют в 2-3 раза чаще, чем мальчики. Функциональные заболевания желчных путей – комплекс клинических симптомов, развивающихся в результате нарушения моторно-тонической функции ЖП, желчных протоков и их сфинктеров.

Классификация функциональных заболеваний:

По форме:

1. Дисфункция желчного пузыря:
 - гипомоторные;
 - гипермоторные;
2. Дисфункция сфинктера Одди:
 - спазм сфинктера Одди;
 - недостаточность сфинктера Одди.

По происхождению:

- первичные
- вторичные.

Причины ДЖВП:

Первичные – составляют 10-15%

Анатомические: аномалии развития ЖП и желчных протоков, приводящие к нарушению опорожнения ЖП.

Вторичные – составляют 85-90%

возникают на фоне уже имеющихся заболеваний:

- поражение органов пищеварения: ХГД, ЯБ, гепатит, кишечная инфекция (эшерехиозы). В основе лежит патология 12-ПК, при которой нарушается выработка холецистокинина и др. нейрого르몬ов, способствующих раскрытию сфинктера Одди и оттоку желчи в 12-ПК.

- заболевания поджелудочной железы с развитием попилита
- синдром вегетативной дисфункции с преобладание тонуса симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы с развитием спазма или гипотонии сфинктеров желчных путей.
- паразитарные заболевания: лямблиоз, энтеробиоз и др., вызывающие нарушения координаций сфинктеров.
- пищевая аллергия.

- первичная дисхолия (нарушение состава желчи). Механизм развития дисхолии: изменение соотношения основных компонентов желчи (желчных кислот, холестерина, билирубина, фосфолипидов) → нарушение физико-химических и биохимических свойств желчи → выпадение в осадок кристаллов холестерина, билирубината Са и Mg → нарушение оттока желчи.

Причины дисхолии:

- обменные нарушения у детей с алиментарно-конституциональным ожирением, нервно-артритическим диатезом, сахарным диабетом, гипотериозом, дизметаболическими нефропатиями.
- низкокалорийная диета.
- парэнтеральное питание.

Факторы, способствующие развитию ДЖВП:

- нарушение диеты и режима питания:
длительные перерывы между приемами пищи,
злоупотребление жирной и жареной пищи,
однообразное питание
- нарушение двигательной активности —
гиподинамия
- наследственная предрасположенность
- нервно-эмоциональное напряжение,
стрессовые ситуации, конфликты в школе и
семье

Патогенез ДЖВП

У различных больных патогенез различен в зависимости от причины. Существуют разные механизмы, приводящие к нарушению оттока желчи.

Наиболее часто встречаются два механизма:

- дуоденостаз → повышение давление в 12-ПК → недостаточность сфинктера Одди (заброс содержимого 12-ПК в общий желчный проток) → расширение общего желчного протока → замедление оттока желчи из ЖП → холестааз → дисхолия → расширение и увеличение ЖП, его асептическое воспаление.

Второй механизм патогенеза:

- дуоденит → спазм сфинктера Одди →
замедление оттока желчи из ЖП →
холестаза → дисхолия → увеличение
размеров ЖП

ДЖВП → нарушение оттока желчи в
12-ПК → снижение бактерицидных
свойств верхних отделов ж.к.т. →
нарушение микробиоциноза кишечника
→ дискинезия кишечника

Клиника дискинезии ЖП:

Выделяют синдромы:

1. Болевой
2. Диспепсический.
3. Синдром холестаза.
4. Астено-вегетативный.

Клинические проявления зависят от типа дискинезии ЖП.

Болевой синдром

при гиперкинетическом типе:

- чаще у детей до 5 лет, возбудимых с преобладанием симпатического отдела в.н.с.
- боли схваткообразные, кратковременные, острые, через 30-40 мин. после приема холодной или жирной пищи.
- связан с физической нагрузкой, эмоциональным перенапряжением.
- длительность 5-15 мин.
- купируется спазмолитиками, теплом.
- боли локализуются в области правого подреберья и вокруг пупка.

Болевой синдром

при гипокинетическом типе:

- у детей с преобладание тонуса парасимпатического отдела в.н.с.
- составляет до 80% всех ДЖВП.
- боли тупые, упорные, ноющие, постоянное чувство тяжести в правом подреберье.
- появляется через 1-1,5 часа после приема жирной, обильной пищи.
- боли уменьшаются после ходьбы, приема желчегонных, дуоденального зондирования.

Диспепсический синдром:

- снижение аппетита;
- тошнота, реже рвота;
- горечь во рту;
- отрыжка;
- вздутие живота;
- неустойчивый стул;
- наиболее характерен для гипотонического типа ДЖВП.

Синдром холестаза:

- увеличение печени;
- быстрая динамика размеров печени после дуоденального зондирования или тюбажа;
- болезненность при пальпации в правом подреберье;
- положительные пузырьные симптомы;
- может быть субиктеричность склер;
- наиболее характерен для гипотонического типа ДЖВП.

Астено-вегетативный синдром:

- утомляемость;
- раздражительность;
- плаксивость;
- слабость, вялость;
- лабильность пульса;
- головные боли;
- сердцебиение;
- повышенная потливость;
- $>$ АД или $<$ АД.

Клиника дистонии сфинктера Одди

Особенности болевого синдрома:

1. при гипотонической форме:

- боли ноющие, тупые;
- в правом подреберье или вокруг пупка;
- при отсутствии температуры тела;

2. при гипертонической форме:

- боли кратковременные,

приступообразные

- в правом подреберье или вокруг пупка;
- при отсутствии температуры тела.

Лабораторно-инструментальные методы исследования:

1. УЗИ ЖП:

- при гипотоническом типе: увеличение объема ЖП, снижение тонуса мускулатуры ЖП
- при гипертоническом типе: уменьшение размеров ЖП, ускорение его опорожнения

2. Определение моторной функции ЖП – холецистометрия (УЗИ ЖП натощак и после желчегонного завтрака).

Диагностическим критерием является характер сокращения поперечника ЖП через 30-60-120 мин. В норме ЖП сокращается на 50-60%. При гипертонической форме дисфункции – ЖП сокращается более 60%, а при гипотонической – менее 40%.

3. ФГДС – наличие ХГД, рефлюксов, состояние сфинктера Одди (недостаточность или спазм).

4. Пероральная холецистография – по показаниям (при подозрении на аномалию ЖП, при сомнительных данных УЗИ).

5. Дуоденальное зондирование: микроскопическое и биохимическое исследование желчи

6. Радиоизотопное исследование.

7. МРТ.

Коррекция ДЖВП

1. Диета.

2. Желчегонные препараты – длительно, курсами по 10-14 дней.

3. Препараты урсодезоксихолевой кислоты (урсосан, урсофальк).

Они оказывают:

- антихолестатический эффект
- гепатопротективный эффект
- литолитический эффект.

4. Гепатопротекторы предотвращают повреждение гепатоцитов и эпителия желчных протоков на фоне холестаза и дисхолии, обладает желчегонным действием.

У детей наиболее часто используются препараты растительного происхождения (хофитол, лив-52, планта, препараты расторопши, галстена, гепабене).

5. Прокинетики – усиливают моторику ЖКТ: домперидон.

6. Коррекция вегетативной дисфункции:

- седативные растительные препараты

валерианы, пустырника, персен,

новопассит;

- транквилизаторы: седуксен, тазепам,

элениум;

- при ваготонии: амизил, беллатаминал.

7. Коррекция процессов пищеварения: ферменты (креон, мезим-форте).

8. Коррекция микрофлоры кишечника: пробиотики (бифиформ, линекс, аципол, хилак-форте, дюфалак).

9. Физиотерапия.

10. ЛФК.

Классификация желчегонных препаратов:

1. Холеретики (стимулируют продукцию желчи). Препараты содержащие компоненты бычьей желчи: фестал, аллохол, холензим, лиобил, желчегонные травы (бессмертник, кукурузное рыльце, желчегонный чай)
2. Холекинетики (стимулируют моторную функцию ЖП и уменьшают давление в 12-ПК): $MgSO_4$, холосас, берберин, минеральные воды, 10% рас-р ксилита и сорбита.

3. Холеспазмолитики (снижают тонус сфинктера Одди):

- но-шпа, папаверин.

- дюспаталин - самый эффективный препарат.

Назначаются коротким курсом (до 3 дней).

- гимекромон.

Лечение ДЖВП по гипокинетическому типу:

1. Диета – стол № 5, питание дробное, рекомендуются некрепкие мясные бульоны, сливки, сметана, растительное масло, яйца, мед, морковь, тыква, курага, чернослив, отруби. Курс 3-6 мес.

2. Желчегонное: холецистокинетики (4 нед., затем 2 нед. каждого месяца в течении 3 мес.)

3. Прокинетики.

4. Гепатопротекторы.

5. Тонизирующие препараты: настойка оралии, элеутерококка, женьшеня.

6. Физиотерапия: Э/форез $MgSO_4$, амплипульс, СМТ с сорбитом.

7. ЛФК.

8. Минеральная вода «Ессентуки-17», «Увинская», «Арзни».

Тюбажи с минеральной водой.

Лечение ДЖВП по гиперкинетическому типу:

1. Диета – стол № 5, с ограничением животных и растительных жиров; с исключением кофе, шоколада, какао, холодных газированных напитков, мороженого, пряностей, копченой пищи. Рекомендуется молоко, кефир, творог, сыр, крупы, макароны, нежирные сорта мяса и рыбы.
2. Желчегонные – холеспазмолитики.
3. Седативные.

4. Физиотерапия: парафиновые или озокеритовые аппликации, магнитотерапия, ультразвук на область проекции ЖП.

5. ЛФК.

6. Минеральные воды средней минерализации: «Ессентуки-4», «Варзи-Ятчи», «Смирновская», «Славяновская».

7. Иглорефлексотерапия.

Диспансерное наблюдение детей с ДЖВП:
Наблюдаются во второй группе
педиатром.

Осмотр ЛОР, стоматолога, невролога.

Противорецидивное лечение 2 раза в год:

- желчегонные – 2 нед.;
- витамины В₁, В₂, В₆;
- минеральные воды;
- физиотерапия;
- санация очагов хронической инфекции;
- коррекция неврологических нарушений.

Холецистит – воспаление в стенке желчного пузыря.

Различают острый и хронический.

Острый холецистит

у детей встречается редко.

Предрасполагающий фактор: ДЖВП → холестаза.

Основной этиологический фактор – инфекция: кишечная палочка, стафилококки и стрептококки, клебсиелла, протей, реже – анаэробная флора.

Пути проникновения инфекции в ЖП:

- гематогенный – из полости рта,
носоглотки, легких, почек и др.

органов;

- лимфогенный
- восходящий } из кишечника.

Клинические синдромы острого холецистита:

- начало чаще острое.

1. Болевой синдром:

- боли в правой половине живота,

иногда по всему животу;

- боли приступообразные, от

нескольких минут до нескольких часов;

- боли усиливаются на правом боку;

- иррадиация болей в спину, правое

плечо, ключицу – у детей редко.

2. Синдром интоксикации:

- повышение температуры может быть до фебрильных цифр;
- головная боль;
- отсутствие аппетита;
- рвота;
- сухие слизистые оболочки;
- тахикардия;
- может быть: судороги, обмороки, положительные менингеальные знаки.

3. Желтуха (у 50% больных)
4. Вздутие живота, регидность мышц передней брюшной стенки справа, больше в эпигастрии и подреберье.
5. Положительные пузырьные симптомы.
6. В анализе крови – лейкоцитоз, нейтрофиллез, ускоренное СОЭ.
7. УЗИ ЖП – утолщение стенки более 2 мм.

Лечение острого холецистита:

1. постельный режим до купирования болевого синдрома.
2. диета: голод, затем стол № 5.
3. обильное питье.
4. инфузионная терапия.
5. антибиотикотерапия: полусинтетические защищенные пенициллины, ЦС II-III поколения.
6. спазмолитики (атропин).
7. анальгетики: баралгин, промедол.
8. ингибиторы протеаз: контрикал, тросилон и др.

Хронический холецистит (ХХ)

- полиэтиологическое, воспалительное заболевание ЖП, сопровождающееся нарушением оттока желчи и изменениями ее физико-химических и биохимических свойств.

Всегда является вторичным. Этиология и патогенез сходны с ДЖВП:

гипотоническая ДЖВП – холестаза → дисхолия → холецистит → возможна желче-каменная болезнь.

Желчные кислоты обладают мощным литическим действием, раздражают стенку ЖП → асептическое иммунное воспаление в стенке ЖП.

У детей часто болеющих, с очагами хронической инфекции, дизбактериозами, может быть бактериальное воспаление стенки ЖП по типу аутоинфекции.

Дисхолия и воспаление → выпадение в осадок кристаллов ХС, билилубината Са и Mg → возможное формирование камней.

Определенную роль играет инфекционный фактор: кишечная палочка, стафилококки, протей и др.

Пути проникновения инфекции:

- гематогенный (из очагов хронической инфекции);

- лимфогенный

- восходящий

} из кишечника

Вследствие тесной анатомической и функциональной связи органов пищеварения при холецистите быстро нарушается функциональное состояние и других органов ЖКТ.

Выделяют хронические холециститы:
некалькулезный и калькулезный.

Клиническая картина хронического холецистита:

1. Болевой синдром ведущий:

- боли в правом подреберье м.б. в эпигастрии или без определенной локализации;
- боли ноющие, давящие, тупые;
- боли острые, приступообразные при калькулезном холецистите
- усиливаются после приема жирной, жареной пищи, газированных напитков;
- м.б. после физической нагрузки, переутомления, нервного перенапряжения или без видимой причины.

2. Диспепсический синдром:

- тошнота, рвота,
- горечь во рту,
- снижение аппетита,
- отрыжка,
- запоры, поносы.

3. Синдром интоксикации:

- головная боль,
- слабость,
- субфебрильная температура.

4. Синдром холестаза:

- умеренное увеличение печени,
- быстрая динамика размеров печени после дуоденального зондирования или тюбажа,
- болезненность при пальпации в правом подреберье;
- положительные пузырные СИМПТОМЫ;
- может быть субиктеричность склер.

5. Астеновегетативный синдром: в зависимости от преобладающего типа в. н.с.

6. Кардиальный синдром:

- тахи- или брадикардия;
- лабильность пульса;
- функциональные шумы сердца;
- снижение АД;

Хронический калькулезный холецистит в педиатрической практике встречается редко.

Лабораторно-инструментальные данные:

- общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз, незначительно ускоренное СОЭ, эозинофилия.
- протеинограмма: увеличение гамма-глобулинов.
- увеличение СРБ.
- увеличение АЛТ, щ.ф., холестерина, бета-липротеидов.

-УЗИ печени, желчных путей:

уплотнение и утолщение стенок ЖП
более 2 мм, неоднородность стенок ЖП.
При калькулезном холецистите-плотные
образования.

Холецистография - множественные или
одиночные дефекты наполнения ЖП

Из других инструментальных методов
исследования используются те же, что и
при ДЖВП.

Лечение хронического холецистита:

При обострении – лечение в стационаре;

1. Постельный режим при выраженном болевом синдроме.

2. Диета: стол № 5.

3. Медикаментозная терапия:

- желчегонные препараты - назначаются всем больным, как при ДЖВП по гипомоторному типу.

- лечение, направленное на ликвидацию холестаза: урсофальк, урсосан, тюбажи с мин. водой, физиотерапия.

- Гепатопротекторы.
- Мембраностабилизаторы: эссенциале, витамин А, Е (при синдроме холестаза).
- Антибактериальная терапия:
полусинтетические защищенные
аминопенициллины, ЦС II-III поколения.
Антибактериальной активностью
обладает никодин, оксафеномед.
При лямблиозе – противолямблиозные
препараты: трихопол, макмирор,
немазол. Курс лечения 7 дней.

- Прокинетика.
- Коррекция процессов пищеварения: ферменты.
- Коррекция микрофлоры кишечника: пробиотики.
- Витаминотерапия: в остром периоде – вит. А, С, В₁, В₂, в дальнейшем В₅, В₆, В₁₅.

Диспансерное наблюдение:

1. наблюдение в 4 группе не менее 3 лет.
2. осмотр ЛОР, стоматолога.
3. противорецидивное лечение 2 раза в год:
 - желчегонные по 10 дн. каждого месяца в течение 6 мес., затем по 10 дней 2 раза в год.
 - мин.воды по 1 мес.
 - тюбажи с мин.водой.
 - ВИТАМИНЫ.
 - физиолечение.
 - санация очагов хронической инфекции.
 - санаторно-курортное лечение.