

# Холепатии у детей

доцент кафедры детских инфекций

с курсом педиатрии

**Канкасова**

**Маргарита Николаевна**

**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** билиарного 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 Ca 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 В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>;
- 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.

- **Прокинетики.**
- Коррекция процессов пищеварения: **ферменты.**
- Коррекция микрофлоры кишечника: **пробиотики.**
- **Витаминотерапия:** в остром периоде – вит. А, С, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, в дальнейшем В<sub>5</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>15</sub>.

## 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.