

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ**

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

**Методические рекомендации**

**Для студентов 4-6 курсов лечебного факультета, врачей-стажеров,  
ординаторов детских стационаров, участковых врачей-педиатров**

**Гомель, 2002г.**

В настоящих методических рекомендациях описываются наиболее распространенные заболевания билиарной системы у детей. Рассматриваются этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика этих заболеваний.

Методические рекомендации составлены заведующим кафедрой педиатрии доцентом, кандидатом медицинских наук Козловским А.А.

Печатаются на основании решения совета Гомельского государственного медицинского института (протокол №\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_2002г.)

Рецензенты: зав. кафедрой внутренних болезней №1 кандидат медицинских наук Мистюкевич И.И.; главный педиатр управления охраны здоровья Гомельского облисполкома Кривицкий В.И.

В последние годы сохраняется устойчивая тенденция к росту числа детей с хроническими воспалительными заболеваниями органов пищеварения. Патология желчного пузыря и желчевыводящих путей занимает одно из ведущих мест в структуре гастроэнтерологических заболеваний. Гепатобилиарная патология диагностируется у большинства детей школьного возраста, причем девочки болеют в 2-3 раза чаще, чем мальчики, и составляет 80% от всех заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Функциональные нарушения желчевыводящих путей (дискинезии) в настоящее время рассматриваются как преморбидное состояние, которое при длительном течении может привести к развитию хронических заболеваний билиарной системы - холециститу, холецистохолангиту, желчнокаменной болезни. Воспалительные заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей в детском возрасте имеют высокий удельный вес в структуре болезней пищеварительного тракта неинфекционной этиологии. Распространенность указанной патологии в Республике Беларусь составляет 242,9 случаев на 100 тысяч детского населения.

Все это свидетельствует о большом медико-социальном значении ранней диагностики, рациональной терапии и о совершенствовании диспансерного наблюдения за данным контингентом больных.

## **ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

**Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП)** – функциональное заболевание, характеризующееся нарушением моторики желчного пузыря и сфинктерного аппарата и клинически проявляющееся болями в правом подреберье.

В практике педиатра наиболее часто встречаются сочетанные патологические состояния, характеризующиеся дискинезией желчевыводящих путей и изменениями в смежных органах пищеварения. Необходимо учитывать, что дискинезии желчевыводящих путей могут являться только одним из частных случаев нарушения моторики всего желудочно-кишечного тракта.

### **ЭТИОЛОГИЯ**

В настоящее время дискинезии желчевыводящих путей подразделяют на первичные и вторичные. К первичным дискинезиям относят заболевания, в основе которых лежат нарушения нейрогуморальных регуляторных механизмов. Вторичные дискинезии обусловлены органическими поражениями печени, желудка, двенадцатиперстной кишки и возникают по типу висцеро-висцеральных рефлексов.

Выделяют ряд экзогенных и эндогенных факторов, вызывающих различные нарушения моторики желчевыводящих путей. Особое значение

уделяется лямблиозу. Vegetируя в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки, лямблии прикрепляются к микроворсинкам и вызывают выраженные дистрофические изменения эпителия кишки, что в итоге нарушает координацию работы сфинктерного аппарата двенадцатиперстной кишки и желчевыводящих путей. Прослеживается четкая зависимость возникновения дискинезий от перенесенных инфекционных заболеваний: вирусного гепатита, сальмонеллеза, дизентерии. Определенную роль в возникновении и развитии дискинезии желчевыводящих путей играют очаги хронической инфекции, особенно хроническая патология ЛОР-органов - хронический тонзиллит, гайморит и др. Известна зависимость распространения функциональных заболеваний желчевыводящих путей от различных неврологических состояний. Причинами развития дискинезий могут быть нерациональное питание, дисбактериоз кишечника, пищевая аллергия, гипокинезия и т.д.

### ПАТОГЕНЕЗ

Основу формирования дискинезии желчевыводящих путей составляет нарушение взаимодействия иннервационной и эндокринной систем, осуществляющих последовательность сокращения и расслабления желчного пузыря и системы сфинктеров Одди, Люткенса, Мирицци, что приводит к дискоординации их деятельности и нарушению пассажа желчи в кишечник.

В патогенезе первичных дискинезий основным звеном является расстройство нейрогуморальной регуляции, преимущественно осуществляемое кишечными пептидными гормонами. Холецистокинин-панкреозимин сокращает желчный пузырь, способствуя поступлению желчи в двенадцатиперстную кишку. Гастрин, секретин, глюкагон обладают несколько меньшим стимулирующим эффектом. Энкефалины, ангиотензины, нейротензин тормозят моторику желчного пузыря. Нарушение выработки пептидных гормонов и расстройства их взаимосвязи изменяют сократительную функцию не только желчного пузыря, но и остальных отделов желчевыводящей системы и панкреатических протоков. Все это способствует повышению давления в желчном пузыре, гипертонусу сфинктерного аппарата, что проявляется болевым синдромом различного характера.

Определенную роль в развитии дискинезий играют эндокринные нарушения, особенно выраженные в период полового созревания.

Раздражение блуждающего нерва приводит к сокращению желчного пузыря и спазму сфинктеров пузырного и общего протоков. Раздражение симпатического нерва, напротив, ведет к ослаблению тонуса желчного пузыря и расслаблению сфинктеров.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (по А.А. Мазурину, А.М. Запруднову, 1984; В.Л. Пайкову и соавт., 1998)

1. Для сфинктерного аппарата желчевыводящих путей: гипертоническая (спазм сфинктеров), гипотоническая (недостаточность сфинктеров), атоническая, смешанная.
2. Для моторики желчного пузыря и желчных ходов: гиперкинетическая, гипокинетическая, смешанная.

*Пример диагноза: Дискинезия желчевыводящих путей по гипертонически-гиперкинетическому типу.*

### КЛИНИКА

Выделяют две основные формы дискинезии желчевыводящих путей: гипертоническую и гипотоническую, что представляется все же несколько условным, так как существует много вариантов сочетания измененного тонуса желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчевыделительной системы.

Течение дискинезий у детей отличается выраженным полиморфизмом. Дискинезия желчевыводящих путей характеризуется ноющими или схваткообразными болями в животе, преимущественно в правом подреберье, иногда с иррадиацией в правое плечо, диспептическими расстройствами. У больных детей нередки общевневрологические расстройства. Характерной чертой дискинезии является связь болей с нервно-психическими и физическими нагрузками, приемом жирной пищи.

При пальпации живота при дискинезии желчевыводящих путей максимальная болезненность отмечается в правом подреберье, а при наличии гастродуоденита, язвенной болезни - и в пилорoduоденальной зоне. Наряду с локальной болезненностью при пальпации в правом подреберье определяются симптомы со стороны желчного пузыря (симптомы Кера, Ортнера, Мерфи), может наблюдаться и легкое мышечное напряжение. Типичным симптомом дискинезии желчных путей у детей является увеличение печени до 2-3 см ниже реберной дуги.

Дифференциальная диагностика различных форм дискинезии желчевыводящих путей у детей возможна на основании клинических данных и данных инструментальных методов исследования.

При гипертонической форме боли обычно острые, приступообразные, режущие, колющие. Возникают боли через 30-40 мин после приема пищи, особенно холодной, или после эмоциональных нагрузок. Боли локализуются в правом подреберье, реже - в правом подреберье и околопупочной области. Длительность приступа болей обычно не превышает 5-15 мин. Этой форме дискинезии свойственны меньшая длительность заболевания (до 6 месяцев), лабильность вегетативной нервной системы, сопутствующие

невротические состояния. При пальпации живота болезненность отмечается в правом подреберье. Увеличение печени встречается редко. Пузырные симптомы слабоположительные.

При гипотонической форме дискинезии больные предъявляют жалобы на боли в области правого подреберья, слабость, быструю утомляемость, периодическую тошноту. Болевой синдром постоянный, периодически усиливается. Боли тупые, ноющие, давящие. Они возникают через 60-90 мин после приема пищи, особенно жирной, или после физических нагрузок. Длительность болевого синдрома составляет от 1 до 2 часов. Нейровегетативные симптомы встречаются редко. При пальпации живота болезненность отмечается чаще всего в области правого подреберья или правого подреберья и пупка. Пузырные симптомы положительные. Наблюдается увеличение печени. Длительность заболевания составляет 1-1,5 года.

## ДИАГНОСТИКА

Распознавание дискинезии желчевыводящих путей представляет определенные трудности и требует комплексного обследования. Наиболее доступным методом лабораторной диагностики является непрерывное фракционное дуоденальное зондирование по F.Lopez и соавт. (1950). Впервые в отечественной педиатрической практике данный метод обследования апробировался В.Л. Пайковым и Л.И. Кравченко в 1973 году. Однако следует указать на необходимость критического отношения к результатам дуоденального зондирования ввиду недостаточной его физиологичности, связанной с введением в двенадцатиперстную кишку и длительным нахождением в ней дуоденального зонда с металлической оливой на конце.

Наиболее важное значение в диагностике дискинезии желчевыводящих путей на современном этапе имеет ультразвуковой метод. При проведении ультразвукового исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей форма, положение и опорожнение желчного пузыря меняется в зависимости от типа дискинезии.

Для определения типа дискинезии желчного пузыря используют показатель двигательной функции желчного пузыря (ПДФ) (табл. 1), который рассчитывается по формуле:

$$\text{ПДФ} = (d_2 \times l_1) / (d_1 \times l_2),$$

где  $d_1$  – поперечник желчного пузыря до приема желчегонного завтрака;  $l_1$  – длинник желчного пузыря до приема завтрака;  $d_2$  – поперечник желчного пузыря после приема завтрака;  $l_2$  – длинник желчного пузыря после приема завтрака.

У здоровых детей ПДФ равен 0,59- 0,75 (59-75%). При гипертонической форме обнаруживается уменьшенный желчный пузырь. Опорожнение его ускорено. При гипотонической форме желчный пузырь увеличен в

размерах, опорожнение его замедленное даже после повторных введений желчегонных стимуляторов.

Таблица 1

Виды нарушений двигательной функции желчевыводящей системы

Типы нарушений опорожнения	Вид нарушения координации
Замедленное опорожнение: поперечник желчного пузыря сокращается меньше, чем наполовину	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Спазм сфинктеров желчевыводящих путей, ПДФ &gt; 0,75</li> <li>2. Слабое сокращение мышечного слоя желчного пузыря, ПДФ &lt; 0,75</li> </ol>
Ускоренное опорожнение: поперечник желчного пузыря сокращается больше, чем наполовину	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Недостаточность тонуса сфинктеров желчевыводящих путей, ПДФ &lt; 0,59</li> <li>2. Сильное сокращение мышечного слоя желчного пузыря, ПДФ &gt; 0,59</li> </ol>
Своевременное опорожнение: поперечник желчного пузыря сокращается наполовину	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Слабое сокращение желчного пузыря при недостаточности сфинктеров желчевыводящих путей, ПДФ &lt; 0,59</li> <li>2. Сильное сокращение желчного пузыря при спазме сфинктеров, ПДФ &gt; 0,75</li> </ol>

Результаты ультразвукового исследования подтверждают наличие функциональных изменений в желчевыводящей системе, исключая при этом аномалии развития желчного пузыря и желчевыводящих путей, желчнокаменную болезнь и воспалительный процесс в желчевыводящей системе.

Высокоинформативными методами являются также рентгенологическое и сцинтиграфическое исследования. Однако с учетом лучевой нагрузки на детский организм эти методы диагностики функциональных заболеваний билиарной системы используются крайне редко.

### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика различных форм дискинезии желчевыводящих путей между собой и с воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей представлена в табл.2.

Таблица 2

Дифференциально-диагностические критерии  
заболеваний печени и желчевыводящих путей

Критерий	Форма дискинезии		Хронический холецистохолангит
	гипотоническая	гипертоническая	
1	2	3	4
Анамнез	Невротические реакции, эмоциональные нагрузки, лабильность вегетативной нервной системы	Отрицательные эмоции, физические нагрузки	Слабость, вялость, признаки интоксикации, полигиповитаминоз
Семейная предрасположенность	Характерна	Характерна	Характерна
Сезонность обострения	Осенне-весенний период	Нехарактерна	Осенне-весенний период
Длительность заболевания	До 1 года	1- 1,5 года	1- 1,5 года
Характер боли	Приступообразные, непостоянные	Ноющие, тупые, постоянные	Приступообразные, тупые, постоянные
Связь с погрешностями в питании	Через 30-40 минут после приема холодной пищи	Через 1-1,5 часа после приема пищи, особенно жирной	Через 1,5- 2 часа после приема пищи, особенно жирной и жареной
Иррадиация болей	Нехарактерна	Нехарактерна	В правое плечо и лопатку
Рвота	Характерна	Редко	Характерна
Тошнота	Характерна	Характерна	Характерна
Запоры	Нехарактерны	Характерны	Характерны
Отрыжка	Нехарактерна	Характерна	Характерна
Мышечное напряжение	Отсутствует	Отсутствует	Характерно



1	2	3	4
Пузырные симптомы	Выражены нерезко	Выражены нерезко	Положительные
Увеличение печени	Нехарактерно	Иногда	Характерно
Интоксикация	Отсутствуют	Отсутствуют	Выражена
Изменения биохимических показателей крови	Отсутствуют	Небольшое увеличение активности щелочной фосфатазы	Повышение активности трансаминаз, щелочной фосфатазы, билирубина
Изменения в общем анализе крови	Отсутствуют	Отсутствуют	Лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ, анемия

### ЛЕЧЕНИЕ

Лечение дискинезии желчевыводящих путей должно быть комплексным, с учетом всех заболеваний и функциональных нарушений органов пищеварительной системы. Лечебная тактика определяется характером дискинетических расстройств и выраженностью вегетативных реакций.

Всем больным независимо от формы дискинезии рекомендуется лечебное питание (диета №5) с исключением острых, соленых, копченых и жареных блюд, экстрактивных веществ, тугоплавких жиров. Необходимо обеспечить оптимальную возрастную потребность в белках, жирах, углеводах, витаминах. Белки животного происхождения должны составлять не менее 60% от общего количества белка. Пища должна готовиться на пару. Принимать пищу рекомендуется не менее 5 раз в сутки.

При гипотонической форме дискинезии желчевыводящих путей показаны пищевые продукты, обладающие желчегонным действием. Рекомендуются сливочное и растительное масло, сливки, сметана, яйца. Показано употребление значительного количества фруктов, овощей, черного хлеба, что рефлекторно стимулирует эвакуаторную функцию кишечника и желчного пузыря.

Одно из ведущих мест в комплексной терапии больных с билиарной патологией занимает назначение желчегонных средств, которые могут быть разделены на 2 группы:

I. Усиливающие образование желчи клетками печеночной паренхимы (холеретики).

II. Способствующие продвижению желчи по желчевыводительным путям и выделению ее в кишечник (холекинетики).

К холеретикам относят:

1. Препараты, усиливающие секрецию желчи и стимулирующие образование желчных кислот (истинные холеретики):

а) препараты, содержащие желчные кислоты, - аллохол, холензим, кислота дегидрохолевая, хологон;

б) препараты химического синтеза - никодин, оксафенамид, циквалон и др.;

в) препараты растительного происхождения (холосас, фламин, холагол, холафлукс, холагогум) и отвары лекарственных трав (бессмертник, кукурузные рыльца, мята, пижма, плоды шиповника, куркума и др.).

2. Препараты, увеличивающие секрецию желчи преимущественно за счет водного компонента, - салицилат натрия, минеральные воды, экстракт кукурузных рылец, экстракт валерианы и др.

В группу холекинетиков входят:

1. Препараты, вызывающие повышение тонуса желчного пузыря и снижение тонуса желчных путей, - сульфат магния, ксилит, холецистокинин, растительные препараты из барбариса, куркумы, в том числе холагогум.

2. Препараты, вызывающие расслабление тонуса желчных путей - атропина сульфат, платифиллина гидротартрат, эуфиллин, метацин, экстракт белладонны.

Желчегонную терапию необходимо проводить длительно, прерывистыми курсами, систематически чередуя желчегонные средства, что предотвращает дистрофию гепатоцитов и привыкание организма к лекарственным средствам.

При выборе препарата в первую очередь необходимо учитывать форму дискинезии желчевыводящих путей, исходный тонус желчного пузыря и сфинктерного аппарата. У детей наилучшими желчегонными средствами являются препараты растительного происхождения, обладающие щадящим физиологическим действием и редко вызывающие побочный эффект.

Тактика лечения детей с гипертонической формой дискинезии желчевыводящих путей. В лечении больных широко используют холеретики, постепенно переходя на желчегонные травы. С учетом частых нарушений функции вегетативной нервной системы назначают препараты брома, рудотель, триоксазин, седативную микстуру. Целесообразно включение фенобарбитала, который стимулирует секрецию желчи, обмен билирубина, экскрецию желчью экзогенных веществ, оказывает седативное

действие. Всем больным необходимо назначение спазмолитиков. Из физиотерапевтических процедур рекомендуются аппликации озокерита, электрофорез папаверина на область правого подреберья. При проведении лечебной физкультуры исключают большие нагрузки на мышцы брюшного пресса. Хороший эффект наблюдается при применении минеральных вод низкой минерализации, без содержания газов, в подогретом виде 4-5 раз в день малыми порциями (по 40-50 мл).

Тактика лечения детей с гипотонической формой дискинезии желчевыводящих путей. При данной форме дискинезии необходимо правильно подбирать желчегонные средства. Наиболее эффективно сочетание истинных холеретиков и холекинетиков или сульфата магния в виде тюбажа по Демьянову. После 2 курсов лечения желчегонными препаратами переходят на желчегонные травы. Из физиотерапевтических процедур в остром периоде применяют аппликации озокерита, электрофорез сульфата магния, синусоидальные модулированные токи (СМТ) на область правого подреберья. Минеральные воды высокой минерализации комнатной температуры назначают из расчета 3-4 мл/кг массы тела в 2-3 приема.

### **ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ**

Диспансерное наблюдение осуществляется участковым педиатром в поликлинике в течение 1 года. После выписки из стационара профилактическое лечение проводится в течение 2 месяцев. В комплекс мероприятий при диспансерном наблюдении включаются: контроль и рекомендации врача по диетотерапии, периодическое назначение желчегонных средств в течение 2 недель и физиотерапевтических процедур (не менее 2 раз в год), регулярная санация очагов хронической инфекции. В период стойкой ремиссии (при отсутствии обострений заболевания более 1 года) противорецидивное лечение не проводится.

### **ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИТ**

Изолированное поражение желчного пузыря и желчевыводящих путей у детей диагностируется крайне редко, так как клиническая картина холециститов и холангитов однотипна и топическая диагностика их затруднительна. Поэтому наиболее целесообразно и правильно использовать термин “холецистохолангит”.

**Холецистохолангит** - это одновременное воспаление желчного пузыря и желчных путей.

### **ЭТИОПАТОГЕНЕЗ**

В большинстве случаев причиной заболевания является кишечная палочка, кокковая флора (стафилококк, стрептококк), реже - условно-патогенная грамотрицательная флора (протей, клебсиелла, синегнойная

палочка). В отдельных случаях имеет значение инвазия гельминтами (аскаридами, описторхисами и др.). Развитию заболевания могут способствовать вирусные гастроэнтериты, острые респираторные вирусные инфекции. Проникновение инфекции в желчный пузырь происходит преимущественно гематогенным путем.

Паразитирование лямблий в тонкой кишке также может способствовать развитию острого холецистохолангита. Лямблии, поражая кишечник, особенно двенадцатиперстную кишку, вызывают различные формы дискинезий желчевыводящих путей, вследствие чего происходит изменение координированной работы сфинктерного аппарата двенадцатиперстной кишки и желчевыводящих путей. В результате этого возможно вторичное инфицирование билиарной системы.

В настоящее время немаловажное значение в развитии воспалительных заболеваний билиарной системы придается пищевой аллергии.

Изменения в гепатобилиарной системе обусловлены спазмом сфинктеров, гипотонией желчного пузыря и холестазом.

Возникновению заболевания могут способствовать аномалии развития желчного пузыря, наличие в нем камней, забрасывание ферментов поджелудочной железы, затруднение оттока желчи, травмы, хронические очаги инфекции и т.д.

Патогенез воспалительных заболеваний желчевыводящих путей представлен на рис.1.

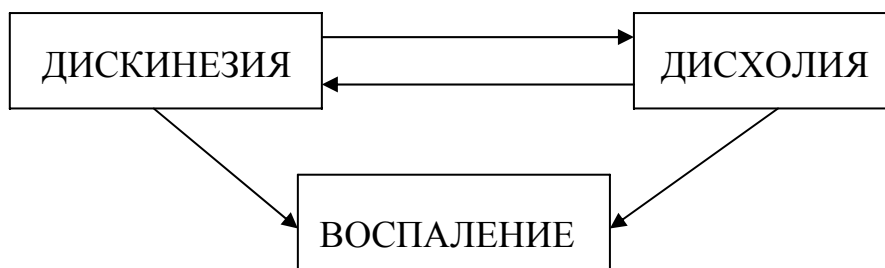


Рис.1. Патогенез воспалительных заболеваний билиарной системы.

Таким образом, в патогенезе острых воспалительных заболеваний желчевыводящих путей играют роль физико-химические свойства желчи, регуляция моторной деятельности желчных протоков и желчного пузыря, функциональное состояние желудка и двенадцатиперстной кишки.

## КЛИНИКА

Клиническая картина острого холецистохолангита схожа с клиникой острого живота, и поэтому дети обычно поступают в хирургическое отделение по экстренным показаниям.

Заболевание начинается обычно остро: повышается температура тела до высоких цифр, появляется резкая боль в правом подреберье,

эпигастральной области, около пупка. Боли усиливаются в горизонтальном положении и на правом боку. В большинстве случаев боли иррадиируют в правое плечо, под лопатку, в правую часть поясницы, реже - в левую поясничную и подвздошную области. Болевой приступ сопровождается тошнотой, рвотой с примесью желчи, которая не приносит облегчения. Быстро развиваются признаки общей интоксикации: головная боль, резкое беспокойство, озноб, гиперестезия; кожа и слизистые оболочки становятся сухими, язык обложен белым или желтоватым налетом.

При пальпации живота сохраняется небольшая ригидность, резкая болезненность при пальпации в области правого подреберья, определяются положительные пузырьные симптомы, увеличенная и болезненная печень. Желтушность кожи и склер непостоянна и обусловлена обычно нарушением функционального состояния печени и холестаазом.

По характеру морфологических изменений различают катаральную, флегмонозную и гангренозную формы острого холецистита. У детей в большинстве случаев наблюдается катаральная форма, которая протекает без осложнений. При катаральном холецистите желчная колика у детей может сохраняться до 3 дней, затем постепенно ослабевает. Длительность острого холецистохолангита колеблется от 2 недель до 1,5-2 месяцев.

## ДИАГНОСТИКА

Диагноз «острый холецистохолангит» ставят на основании совокупности клинической картины, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ. В биохимическом анализе крови повышается уровень щелочной фосфатазы и прямого билирубина, возможно незначительное повышение трансаминаз (АлАТ, АсАТ).

При ультразвуковом исследовании определяют размеры, форму желчного пузыря, наличие перетяжек и перегибов, сократительную способность пузыря. Утолщение стенок желчного пузыря указывает на его воспаление.

Иногда для правильной постановки диагноза приходится прибегать к лапаротомии, лапароскопии. Макроскопически желчный пузырь с признаками острого воспаления растянут темной желчью, в слизистой оболочке - точечные некротизированные участки.

## ЛЕЧЕНИЕ

Лечение при катаральной форме острого холецистита консервативное, при флегмонозной и гангренозной - хирургическое.

Больные острым холецистохолангитом обязательно подлежат госпитализации. Назначают строгий постельный режим, холод на живот. В

первые дни болезни, если резко выражены болевой синдром, тошнота, рвота, следует назначать кисели, минеральные воды в теплом виде. По мере стихания процесса переходят на диетическое питание (стол №5).

Антибактериальную терапию нужно начинать рано и проводить в течение длительного времени (10-14 дней), применяя антибиотики с обязательным учетом степени их проникновения в желчь (макролиды, полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды). Показано применение фуразолидона, сиралидена.

Для купирования болевого синдрома применяют антиспастические и анальгезирующие средства (атропин, платифиллин, но-шпа, папаверин, баралгин, максиган, спазмолгон, спаздолин и др.), в тяжелых случаях - промедол, пантопон.

С целью дезинтоксикации прибегают к инфузионной терапии: 10% раствор глюкозы, реополиглюкин, полиглюкин, стерофундин.

В дальнейшем, после купирования острого процесса, терапия проводится по принципам лечения хронического холецистохолангита.

## **ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИТ**

**Хронический холецистохолангит** - это хроническое рецидивирующее воспаление желчного пузыря и желчевыводящих путей.

### **ЭТИОПАТОГЕНЕЗ**

Основными причинами развития воспалительного процесса в желчевыводящих путях являются нарушения моторики билиарной системы и развитие подпеченочного холестаза. Холестаз приводит к застою желчи как в желчном пузыре, так и в желчных протоках, в результате чего происходит сгущение желчи в желчном пузыре, изменяются ее физико-коллоидные свойства, рН и нарушается ее бактерицидность. Вследствие этого инфекция может проникать в билиарную систему гематогенным и лимфогенным путями. Возможен и восходящий путь занесения инфекции за счет дуоденобилиарного рефлюкса, при котором содержимое двенадцатиперстной кишки забрасывается в общий желчный проток.

Воспалительный процесс желчевыводящей системы чаще всего обусловлен кишечной палочкой, стафилококком, стрептококком, протеем, энтерококком. Наряду с бактериями этиологическое значение имеют также вирусы (аденовирусы, энтеровирусы и др.), простейшие, грибы. Выделяют также форму абактериального холецистохолангита, при которой возбудитель в билиарной системе отсутствует и патологический процесс развивается в результате аллергических механизмов, а также под влиянием токсинов при обострении очагов хронической инфекции.

Формирование воспалительного поражения в желчевыводящих путях в значительной степени зависит от состояния защитных сил организма, в том числе специфических и неспецифических факторов защиты. Особое значение придают состоянию фагоцитоза, системе комплемента, активности факторов местной защиты и др.

#### **КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИТА (по А.А. Мазурину, А.М. Запруднову, 1984; В.Л. Пайкову и соавт., 1998)**

1. По течению: рецидивирующее, латентное.
2. По фазе заболевания: обострение, неполная клиничко-лабораторная ремиссия, полная клиничко-лабораторная ремиссия.

*Пример диагноза: Хронический холецистохолангит, рецидивирующее течение, фаза обострения.*

#### **КЛИНИКА**

Клиническая картина хронического холецистохолангита у детей разнообразна и характеризуется длительным волнообразным течением с периодическими обострениями. Заболевание развивается постепенно и в начальном периоде протекает в виде хронической интоксикации - головных болей, раздражительности, вялости, снижения аппетита, субфебрильной температуры.

Течение заболевания длительное. Различают период обострения, неполной и полной клиничко-лабораторной ремиссии.

Ведущим синдромом при обострении заболевания является болевой. Боли в животе отмечаются в 80-95% случаев и могут носить острый приступообразный характер, напоминая клинику острого аппендицита, либо тупой, ноющий, периодически усиливающийся. Боли локализуются в правом подреберье, могут иррадиировать в правую лопатку. Возникновение или усиление боли связано с погрешностями в диете, эмоциональным или физическим переутомлением.

Болевой синдром практически всегда сопровождается диспептическим, характеризующимся тошнотой, рвотой, горечью во рту, отрыжкой, расстройством стула.

При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов, обложенность языка белым или желтоватым налетом. При пальпации живота определяется болезненность в области правого подреберья, резко положительные пузырьные симптомы. Почти у всех больных отмечается увеличение печени до 3-4 см.

При хроническом холецистохолангите нередко в патологический процесс вовлекаются другие органы пищеварительной системы, что несколько меняет клиническую картину основного заболевания.

В периоде неполной клинико-лабораторной ремиссии симптоматика менее выражена: боль в животе отсутствует, но сохраняются локальная болезненность при пальпации живота, отдельные диспептические явления и симптомы общей интоксикации.

## ДИАГНОСТИКА

Диагностика хронического холецистохолангита основана на данных анамнеза, клинической картины, лабораторных и инструментальных методов исследования.

В период обострения в периферическом анализе крови возможны умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. Показано исследование протеинограммы, тимоловой пробы. Уровень индикаторных ферментов (АлАТ, АсАТ) в крови повышается редко. Большое диагностическое значение имеют биохимические маркеры холестаза - экскреторные ферменты (щелочная фосфатаза, лейцинаминопептидаза, 5-нуклеотидаза). При выраженном синдроме холестаза в биохимическом анализе крови повышается уровень билирубина, холестерина, желчных кислот, липопротеидов с низкой молекулярной массой.

Из инструментальных методов исследования наиболее информативным и приемлемым в педиатрии является ультразвуковой.

## ЛЕЧЕНИЕ

Дети в период обострения хронического холецистохолангита госпитализируются. Больным назначается постельный режим, длительность которого определяется основными патологическими синдромами (болевым, интоксикационным, диспептическим). Лечебное питание предусматривает щадящий пищевой режим. За основу диетического питания принят стол №5.

В период обострения назначают антибиотики широкого спектра действия, преимущественно выделяющиеся из организма с желчью. Длительность антибактериальной терапии не должна превышать 2 недели. С целью профилактики дисбактериоза кишечника параллельно назначаются эубиотики (лактобактерин, диалакт).

Широко используются желчегонные препараты, которые нормализуют секреторную и экскреторную функции печени, уменьшают холестаз. Выбор препаратов зависит от формы нарушения моторики желчных путей.

Больным с отягощенным аллергологическим анамнезом с целью снижения специфической и неспецифической сенсibilизации организма показано назначение антигистаминных препаратов коротким курсом.



Параллельно с основной терапией проводится симптоматическая терапия, лечение сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта.

Целесообразно назначение минеральной воды слабой минерализации в теплом виде. При отсутствии конкрементов в желчном пузыре применяют тюбажи по Демьянову, которые способствуют выведению из организма холестерина, уменьшают воспалительные явления, ведут к рефлекторному опорожнению желчного пузыря. На курс лечения показано 5-10 процедур с интервалом в 2-3 дня.

Физиотерапевтическим методам лечения придается важное значение, поскольку они оказывают тепловое, спазмолитическое, седативное действие, усиливают желчеобразование и желчевыделение. Для достижения клинического эффекта рекомендуется 10-15 процедур. При обострении заболевания показаны сеансы токов УВЧ, в период неполной клинико-лабораторной ремиссии - диатермия, электрофорез растворов магнезии, новокаина в чередовании с парафиновыми аппликациями.

Одним из обязательных компонентов патогенетической терапии является лечебная физкультура и гигиеническая гимнастика.

### **ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ**

После выписки из стационара рекомендуется амбулаторное лечение. Показаны противорецидивные курсы лечения в осенне-весенний период: детям назначают в течение первых 10 дней каждого месяца желчегонные средства в зависимости от формы поражения билиарной системы, в течение вторых 10 дней каждого месяца - отвары желчегонных трав и в течение последующих 10 дней месяца - минеральные воды.

Длительность диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими обострение хронического холецистохолангита, составляет 3 года.

## **ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ**

**Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)** - заболевание, характеризующееся образованием конкрементов в желчном пузыре и (или) желчных протоках.

### **ЭТИОПАТОГЕНЕЗ**

В механизме образования желчных камней основное значение имеют нарушения процессов метаболизма и прежде всего холестерина обмена: снижение концентрации желчных кислот, фосфолипидов или повышение содержания холестерина в желчи нарушает стабильность белково-липидного комплекса желчи и способствует выпадению солей холестерина.

Немаловажную роль играют также застой, дискирния и воспалительные изменения билиарной системы, способствующие осаждению составных компонентов желчи в виде мелких частиц, из которых в последующем формируются камни (рис. 2).

Предрасполагающими факторами являются наследственно обусловленная дисхолия, ожирение, гипотиреоз, сахарный диабет, отягощенная наследственность, заболевания печени, аномалии развития билиарной системы, избыточное употребление богатой жирами и холестерином пищи, гиповитаминоз А.



Рис. 2. Патогенез желчнокаменной болезни.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**  
(по А.А. Мазурину, А.М. Запруднову, 1984; В.Л. Пайкову и соавт., 1998)

1. По течению: атипичная (малосимптомная), типичная.
2. По стадиям развития: I стадия – физико-химическая (нарушение коллоидных свойств желчи, синдром «сгущения желчи»); II стадия – микрокалькулез (конкременты до 5 мм в диаметре); III стадия – макрокалькулез (конкременты более 5 мм в диаметре).
3. По степени тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая.

*Пример диагноза: Желчнокаменная болезнь, атипичное течение, I стадия развития (синдром «сгущения желчи»), легкой степени тяжести.*

### КЛИНИКА

Проявления желчнокаменной болезни зависят от места расположения камней, их размеров, активности воспалительного процесса, функционального состояния билиарной системы. Различают две формы заболевания: латентную и явную.

У большинства больных заболевание протекает латентно без приступообразных болей, характерных для желчнокаменной колики. Дети периодически предъявляют жалобы на боли в животе различной локализации, но чаще в области эпигастрия, правого подреберья, пилородуоденальной зоне. В большинстве случаев боли ранние, возникают через 5-10 или 30-40 минут после приема пищи. Характерны диспептические проявления (тошнота, рвота, горечь во рту, снижение аппетита). В отличие от взрослых, у детей отсутствует четкая непереносимость жареной и жирной пищи. При пальпации живота определяются болезненность в области правого подреберья, положительные пузырьные симптомы, увеличение печени, степень выраженности которых зависит от периода заболевания (обострение, ремиссия).

Явная форма желчнокаменной болезни проявляется типичной печеночной коликой. Возникновение колики чаще связано с погрешностями в диете, физической или психоэмоциональной перегрузкой. Острые, интенсивные боли в животе возникают внезапно, локализуются в правом подреберье, эпигастрии, иррадиируют в правое плечо, под лопатку. Больные крайне беспокойны, не находят удобного положения в постели, стонут. Продолжительность болевого приступа колеблется от нескольких минут до нескольких часов. Колика обычно сопровождается повышением температуры тела, диспептическими проявлениями, нередко отмечается вагус-феномен (учащение дыхания и урежение пульса). При пальпации живота во время приступа определяют резкую болезненность и защитное напряжение мышц в области правого подреберья. Приступ печеночной колики заканчивается после прохождения

камня по желчным путям. В случае закупорки просвета общего желчного протока быстро развивается желтуха, появляется ахоличный стул, темная моча.

## ДИАГНОСТИКА

В диагностике желчнокаменной болезни наряду с тщательно собранным анамнезом и клинической картиной важное значение имеют лабораторные и инструментальные методы исследования. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. В общем анализе мочи - протеинурия, глюкозурия, уробилинурия.

При развитии механической желтухи в биохимическом анализе крови повышается уровень прямого билирубина, общих липидов, холестерина, щелочной фосфатазы.

Из инструментальных методов исследования наиболее широкое распространение получило ультразвуковое исследование, позволяющее диагностировать желчнокаменную болезнь, определять местонахождение конкрементов, их размеры. Оральная и внутривенная холецистография позволяет визуализировать камни и определять их местонахождение. Однако следует помнить, что пигментные и холестериновые камни обычно не обнаруживаются и только смешанные камни, содержащие много извести, задерживают рентгеновские лучи.

## ЛЕЧЕНИЕ

Основные принципы лечения желчнокаменной болезни аналогичны лечебным мероприятиям при остром холецистохолангите. Больным назначают диету №5 с ограничением пищи, богатой жирами и холестерином, лекарственные средства, купирующие воспалительный процесс и способствующие нормализации моторики желчевыводящих путей. Приступы печеночной колики купируют назначением спазмолитиков, обезболивающих средств и наркотических анальгетиков.

После купирования приступа рекомендуется желчегонный чай, стимулирующий выделение жидкой желчи, теплое питье.

В последние годы для увеличения растворимости холестериновых камней используется хенодезоксихолевая кислота из расчета 10-15 мг/кг в сутки или урсodeзоксихолевая кислота из расчета 5-10 мг/кг в сутки в течение нескольких месяцев. Легче растворяются камни небольшого размера (5-10 мм в диаметре).

При рецидивирующем течении заболевания с повторными приступами печеночной колики решается вопрос об оперативном лечении.

## ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Дети, страдающие желчнокаменной болезнью, находятся на диспансерном учете до 14 лет с последующей передачей их под наблюдение в подростковый кабинет. Противорецидивное лечение проводится так же, как и при хроническом холецистохолангите.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Битти А.Д. Диагностические тесты в гастроэнтерологии: Пер. с англ. - М.: Медицина, 1995. - 224с.
2. Болезни органов пищеварения у детей: Рук-во для врачей /Под ред. А.В.Мазурина. - М.: Медицина, 1984.- 656 с.
3. Бунтин С.Е. Дискинезия билиарного тракта (клинико-инструментальная, лабораторная диагностика и вопросы лечения): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1992. - 20с.
4. Восстановительное лечение детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения: Метод рекомендации. - М., 1990.- 28 с.
5. Гафуров А.А. Дискинезия желчевыводящих путей у подростков (клинико-эхографическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 1995. - 18с.
6. Дворяковский И.В., Чурсин В.И., Сафронов В.В. Ультразвуковая диагностика в педиатрии. - Л.: Медицина, 1987. - 160 с.
7. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра.- М.: Издатель Мокеев, 2001.- 376с.
8. Динамическое наблюдение детского населения Республики Беларусь: Уч.-метод. пособие /Я.Ф.Комяк, А.В.Сукало, П.И.Беспальчук и др. - Мн.: МГМИ, 2001.- 119с.
9. Заболевания органов пищеварения у детей /Под ред. А.А.Баранова, Е.В.Климанской, Г.В.Римарчук. - М.: Медицина, 1996.- 304с.
- 10.Здравоохранение в Республике Беларусь: Официальный статистический сборник.- Мн.: БелЦНМИ, 2000.- 366с.
11. Златкина А.Р. Фармакотерапия хронических болезней органов пищеварения. - М., 1998. - 288с.
- 12.Пайков В.Л., Хацкель С.Б., Эрман Л.В. Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах: Справ. рук-во - СПб: Спец. литература, 1998. - 534 с.
- 13.Пушко А.В. Болезни желчевыводящих путей у детей младшего и старшего возраста : Метод. рекомендации. - М., 1991. - 28 с.
- 14.Современные представления о лечении детей с дискинезиями желчевыводящих путей /Зайцева О.В., Намазова О.С., Царькова О.Н. и др. //Рос. журнал гастроэнтеролог., гепатолог., колопроктолог. - 1998. - № 1. - С.84-87.

- 15.Справочник по детской гастроэнтерологии /Под ред.А.М.Запруднова, А.И.Волкова.- М.: Медицина, 1995.- 384с.
- 16.Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта.- Л.: Медицина, 1991.- 224с.
- 17.Фролькис А.В. Заболевания желудочно-кишечного тракта и наследственность.- СПб.: Спец. литература, 1995.- 288с.
- 18.Фролькис А.В. Современная фармакотерапия в гастроэнтерологии.- СПб. : Спец. литература, 2000.- 190с.
- 19.Чернусь Н.П. Диагностика и лечение дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей (клинико-инструментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1993 - 20с.

## **РЕЦЕНЗИЯ**

### **на методические рекомендации А.А. Козловского «Заболевания билиарной системы у детей».**

Практически каждый день педиатры сталкиваются с заболеваниями органов пищеварения у детей. К сожалению, больного ребенка редко направляют на консультацию к специалисту – гастроэнтерологу; в большинстве случаев диагностические и лечебные вопросы решаются участковым врачом.

Выявление гастроэнтерологической патологии до сих пор остается непростой проблемой. Даже такое широко распространенное заболевание, как дискинезия желчевыводящих путей, имеет многочисленные клинические и патогенетические варианты, которые требуют индивидуального, дифференцированного подхода.

В последние годы заболевания билиарной системы у детей занимают одно из ведущих мест в структуре гастроэнтерологической заболеваемости. Ориентируясь на сказанное, заведующий кафедрой педиатрии ГоГМИ доцент А.А.Козловский подготовил методические рекомендации «Заболевания билиарной системы у детей» для студентов лечебного факультета, врачей-стажеров, ординаторов детских стационаров, участковых врачей-педиатров, где в доступной форме отразил новейшие сведения о таких заболеваниях, как дискинезия желчевыводящих путей, острый и хронический холецистит, желчнокаменная болезнь. Автор просто и наглядно (с использованием рисунков) осветил этиопатогенез заболеваний билиарной системы. Очень ценным для практических врачей, на мой взгляд, является наличие в методических рекомендациях современной классификации рассматриваемых заболеваний с примерами формулировки диагнозов и таблица, в которой указаны дифференциально-диагностические критерии заболеваний. В методических рекомендациях очень подробно изложены принципы лечения наиболее распространенного заболевания – дискинезии желчевыводящих путей. Очень важным для участковых врачей является вопрос диспансеризации детского населения. Этот момент также учтен автором при подготовке данных рекомендаций.

Учитывая вышеизложенное, считаю, что методические рекомендации А.А. Козловского «Заболевания билиарной системы у детей» являются очень актуальными и могут быть рекомендованы к печати.

**Главный педиатр  
управления охраны здоровья  
Гомельского облисполкома**

**В.И. Кривицкий**

РЕЦЕНЗИЯ  
на методические рекомендации А.А.Козловского  
«Заболевания билиарной системы у детей»

Поражения пищеварительного тракта являются одними из самых распространенных как у взрослых, так и у детей. В структуре данной патологии значительное место занимают болезни билиарной системы. В связи с этим врачами-практиками большое внимание уделяется вопросам своевременной диагностики, соответствующей терапии и, конечно же, профилактики таких заболеваний, как дискинезия желчевыводящих путей, острый и хронический холецистит, желчнокаменная болезнь.

Методические рекомендации доцента А.А.Козловского систематизируют и обобщают материал, представленный в современной медицинской литературе, о наиболее частых в педиатрической практике заболеваниях билиарной системы. Автор рассматривает этиологию, патогенез указанных болезней, приводит основные клинические симптомы, диагностические критерии, рекомендует оптимальную лечебную тактику, напоминает правила диспансеризации. Иллюстрации (таблица, схемы) делают излагаемый материал нагляднее и доступнее, способствуют лучшему запоминанию.

Методические рекомендации рассчитаны прежде всего на будущих врачей, студентов лечебного факультета, еще не искушенных в диагностике и лечении. Это пособие может помочь им на первых этапах освоения избранной специальности. Однако оно будет полезно и врачам-педиатрам, детским гастроэнтерологам, которые смогут найти здесь ответы на волнующие вопросы.

Автор приводит список литературных источников, что позволит специалисту при необходимости подробнее ознакомиться с данными современных исследований.

Методические рекомендации А.А.Козловского «Заболевания билиарной системы у детей», на наш взгляд, отражают основные аспекты актуальной медицинской проблемы, логично и доступно представляют материал и могут быть рекомендованы к печати.

Заведующая кафедрой  
внутренних болезней №1 ГоГМИ  
кандидат медицинских наук

И.И.Мистюкевич



