

ВАЖНОСТЬ АНОМАЛИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНОКИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Ибодуллаева Ш.Ю.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

<https://doi.org/10.5281/zenodo.8372348>

Актуальность

Заболевания желчевыводящих путей у детей являются распространенной патологией желудочно-кишечного тракта [1,2,3], и по данным различных авторов составляет до 17 – 20%. В ряде случаев начало заболеваний отмечается даже в раннем возрасте. Наличие врожденных аномалий желчного пузыря способствует нарушению пассажа желчи и развитию дискинезий, присоединению воспалительного процесса и сопряженности поражения других отделов пищеварительного тракта [4,5,6].

Цель исследования. Диагностика врожденных аномалий желчевыводящей системы и влияние их на развитие патологии пищеварительной системы у детей.

Материал и методы

Проведено обследование детей в возрасте 3 – 14 лет на базе Ташкентской областной специализированной больницы и 4 городской детской больницы г. Ташкента для выявления врожденной аномалии желчного пузыря. В процессе обследования у 87 детей были выявлены аномалии желчного пузыря, которым в течение 5 лет проводилось наблюдение. Наличие аномалий подтверждено при ультразвуковом исследовании, которое проводилось после предварительной подготовки больного (диета с ограничением углеводов и растительной клетчатки в течение 2-3 дней, очистительная клизма по показаниям накануне исследования). При проведении ультразвукового исследования больного осматривали в разных положениях (на боку, стоя, лежа на спине), а также повторно в динамике наблюдения, когда у 15 детей первоначально были диагностированы аномалии желчного пузыря, которые в динамике наблюдения в последующем не визуализировались, что были расценены как функциональные нарушения желчного пузыря и не включены в наблюдение. В отдельных случаях применялась внутривенная или пероральная холецистография, которая дает возможность определить форму и функцию желчного пузыря, диагностировать наличие анатомических аномалий и конкрементов, признаков воспалительного процесса. Для диагностики дискинетических нарушений после первого осмотра давали желчегонный завтрак в виде яичного желтка, затем проводились повторные осмотры в динамике в течение 1 часа для определения характера и силы сократительной способности мышц желчевыводящих путей. Учитывая особенности клинических изменений в динамике наблюдения, возможность развития сопряженности заболеваний пищеварительного тракта, детям проводилась гастродуоденоскопия, а также биохимические анализы крови (холестерин, билирубин, определение ферментов - щелочной фосфатазы (ЩФ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ); протеинограмма и др.).

Результат и обсуждения

После проведения ультразвукового исследования и холецистографии (8 детей) были диагностированы следующие аномалии: у 12 (14%) детей была деформация или двойной перегиб желчного пузыря, у 19 (22%) детей – перетяжка тела желчного пузыря, у 46 (53%) - перегиб желчного пузыря, у - 10 (11%) деформация шейки пузыря. У 22 (25,3%) детей аномалии желчного пузыря были выявлены в дошкольном возрасте, у остальных 65 (74.7%)

детей аномалии ЖВП были диагностированы при развитии функциональных и воспалительных заболеваний пищеварительной системы. При проведении обследования и наблюдения дети были разделены на 4 группы: 1- группа – 10 детей (11%) с наличием аномалий желчного пузыря; 2 – группа – 27 (31%) детей с аномалией желчного пузыря и функциональными нарушениями; 3 – группа – 45 (52%) детей с аномалиями желчного пузыря и признаками воспалительного процесса в желчевыводящих путях, 4 – группа – 5 (6%) детей с аномалиями желчного пузыря, холецистита и признаками сопряженного поражения поджелудочной железы. В 1-ой группе детей с аномалиями желчевыводящей системы в клинике периодически отмечался болевой синдром.

Боли были периодические, схваткообразные, чаще после физических и психических нагрузок, при переедании, когда в отдельных случаях наблюдалась тошнота. В данной группе диагноз был установлен в раннем детском возрасте, родителям были даны рекомендации по режиму и диете питания, исключение физических перегрузок.

Во 2-ой группе были дети с аномалиями и функциональными расстройствами билиарного тракта, т.е. признаками вторичного характера функциональных дискинезий. Следует отметить, что у 7 (26%) детей аномалий ЖВП были выявлены в раннем возрасте, а у 20 (74%) детей врожденные аномалии и функциональные нарушения были выявлены одновременно на фоне выраженной клинической симптоматики.

Развитию функциональных расстройств ЖВП в данной группе способствовали не только аномалии ЖВП, но и несоблюдение диеты и режима питания, наличие пищевой аллергии, перенесенные острые кишечные инфекции, паразитарные и глистные инвазии.

Клиническая картина характеризовалась наличием болевого и диспепсического синдромов с более выраженными и длительными проявлениями. Болевой синдром характеризовался наличием боли преимущественно в правом подреберье, реже в околопупочной или эпигастральной области. Боли были кратковременными

(приступообразными), либо продолжительными (ноющими), чаще возникали после погрешности в диете и сладкой пищи), иногда после физических перегрузок. Характер болей зависел от типа дискинезии. При гипертоническом и гиперкинетическом типах дискинезии боли возникали периодически на фоне полного здоровья, часто связаны с психоэмоциональными факторами, физической перегрузкой, приемом холодной пищи, были схваткообразные, кратковременные, локализовались в правом подреберье, умеренной интенсивности, иногда возникали через 20-30 минут после приема пищи. При гипотоническом и гипокинетическом типе дискинезии наблюдались постоянные, ноющие, тупые боли в правом боку. Боли чаще появлялись через 1-1,5 часа после приема обильной, жареной пищи. Боли усиливались не только погрешностями в диете, но и эмоциональным напряжением. Диспепсический синдром проявлялся тошнотой, редко рвотой при переедании, нарушении диеты, чаще у детей с гипотоническим типом дискинезии; нарушением аппетита (сниженный или избирательный), изменением стула (чаще - запоры, реже – неустойчивый). У некоторых детей отмечалась горечь во рту при гипотоническом типе дискинезии, что указывало на несостоятельность клапанного аппарата верхнего отдела пищеварительного тракта.

В клинике наблюдались симптомы вегетативной дисфункции в виде головных болей, головокружения, повышенной утомляемости, нарушением сна, снижение умственной и физической работоспособности. У детей старшего возраста наблюдались

психоэмоциональные нарушения. У детей данной группы на фоне выраженных функциональных расстройств отмечались положительные пузырьные симптомы (Керра, Ортнера, Мюсси и др.), у части больных отмечается гепатомегалия в период развернутой клиники. У 2 детей наблюдались признаки транзиторного холестаза (субиктеричный оттенок кожи и видимых слизистых), увеличение печени.

При ультразвукового исследования определялся желчный пузырь, толщина стенки которого была не более 3 мм, в просвете его отсутствовали песок и конкременты. После приема стимулятора желчевыделения (яичный желток) отмечались лабильность пузырьного рефлекса: выведение увеличенного (при гипокинезии) или уменьшенного (при гиперкинезии) количества желчи в порции «В»; изменение ритма желчеотделения.

Лечебные мероприятия при функциональных расстройствах желчного пузыря проводятся в зависимости от характера дисфункции [7]. Детям с гипертоническим и гиперкинетическим типом дискинезии назначали стол 5, ограничивали прием пищи, обладающей механическим и химическим раздражением слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, усиливающей брожение в кишечнике (жирная, жареная, кислая, консервы, сдобное тесто и др.). При гипертоническом типе дискинезии назначали спазмолитики: дюспаталин, папаверин, платифиллин, ношпа, бускопан, феникаберан, одестон и др. После снятия спазма и боли рекомендовали применение процедур и препаратов, вызывающих опорожнение желчного пузыря (тюбаж по Демьянову и др.). При гиперкинетическом типе показаны седативные препараты: бром, препараты валерианы, пустырник, мята перечная, элениум, сибазон и др., хофитол в качестве желчегонного препарата. При гипотонической, гипокинетической дискинезии рекомендовались продукты, обладающие желчегонным действием, содержащие растительную клетчатку. Для улучшения оттока желчи при гипотоническом, гипокинетическом типе дискинезии назначали желчегонные препараты (холеретики) и стимуляторы моторики желчного пузыря (холецистикинетики). Чаще назначали холеретики, содержащие желчь или желчные кислоты (аллохол, холензим, лиобил и др.) и растительного происхождения (фламин, танацехол, конфламин, флакумин, холагол, холосас, берберины бисульфат, цветки бессмертника, кукурузные рыльца и др.). Для восстановления моторики пищеварительного тракта назначали прокинетики – домперидон (мотилиум), холецистокинетики (сорбит, ксилит, сульфат магния). [8,9]

В некоторых случаях детям с гипокинетическими признаками желчного пузыря, когда требовалось восстановление транспортных систем для компонентов желчи (предупреждение и разрешение холестаза) применялись урсосан, гепабене, который обладает желчегонным, спазмолитическим и гепатопротективным действием.

В 3-ей группе, когда воспалительный процесс в желчных путях развивался на фоне аномалий желчевыводящих путей, факторы, способствующие развитию заболевания, во многом схожи с причинами, вызывающими дискинезии желчных путей (нарушение диеты и режима питания, пищевая аллергия, перенесенные острые кишечные инфекции, паразитарные и глистные инвазии), а также наличие хронического очага инфекции (тонзиллит, кариес), частые респираторные заболевания, перенесенный гепатит А. В исследовании не были включены дети, у которых хронический холецистит развился на фоне хронической патологии гастродуоденальной зоны. В данной группе только у 5 (5,8%) детей наличие аномалий ЖВП были установлены в дошкольном возрасте, у 17 (19,6%) детей

вначале диагностировали дискинезии ЖВП на фоне аномалий желчного пузыря, а у 23 (26,6%) детей одновременно диагностировали хронический холецистит и аномалии желчного пузыря

В клинической картине отмечались выраженные болевой синдром и диспепсические явления, которые наблюдались не только в период обострения заболевания, но и при нарушении диеты, после обострений хронического тонзиллита, перенесенных острых воспалительных заболеваний респираторного тракта. Боли локализовались в правом подреберье, реже в подложечной области, в ряде случаев иррадиировали чаще в правую лопатку, ключицу. Боль носила ноющий характер, продолжалась более длительно, чем при функциональных нарушениях билиарного тракта, в некоторых случаях наблюдалась в течение нескольких часов, могла рецидивировать несколько дней и недель. Болевой синдром уменьшался на фоне проводимой терапии, но при нарушении режима и диеты боли возобновлялись. Пузырные рефлексy (симптом Керра, Мерфи, Грекова и др.) были положительны у 25 больных, у остальных больных боль локализовалась в правом подреберье. Следует отметить, что дети дошкольного возраста не всегда могли четко указать локализацию боли.

Диспепсические расстройства обычно были связаны с нарушением диеты, характеризовались ощущением тошноты, тяжести после еды, отрыжки, горечи, в ряде случаев возникала рвота с примесью горечи, не приносящая чувство облегчения. Аппетит снижен. Иногда наблюдались расстройства стула: запоры, понос, их чередование, а также метеоризм и др.

В клинической картине присоединялись признаки интоксикации, более выраженные в период обострения заболевания (головная боль, повышенная утомляемость, расстройства сна, эмоциональная лабильность, снижение успеваемости, субфебрильная температура и др.).

В фазе обострения показатели периферической крови характеризовались повышением СОЭ, лейкоцитозом, сдвигом формулы влево, в ряде случаев эозинофилией. При латентном течении хронического холецистита изменения периферической крови были мало информативными. Во всех случаях отмечались положительные реакции на белки острой фазы воспаления (СРБ) разной степени выраженности. При снижении признаков воспаления показатели крови нормализовались.

При ультразвуковом исследовании печени и желчевыводящих путей выявлены следующие изменения: утолщение стенки желчного пузыря, неоднородность эхогенности полости желчного пузыря. У детей с наличием функциональных расстройств ЖВП и холецистита наряду с симптомами воспаления желчного пузыря были выявлены признаки нарушения моторной функции после применения желчегонного завтрака с замедлением опорожнения желчного пузыря у 28 детей (62%) и неравномерным ускорением опорожнения пузыря у 17 детей (38%).

При проведении лечения учитывался этиологический фактор: антибиотики (хорошо проникающие в желчь, не разрушающиеся печенью, имеющие высокий спектр действия и не обладающие гепатотоксическим эффектом), производные нитрофурана, фторхинолины и др. Для снятия явлений интоксикации назначали инфузионные растворы перорально или парентерально в зависимости от степени интоксикации; спазмолитики, холеретики, холецистокинетики; с заместительной целью ферментные препараты, витамины, при

необходимости гепатопротекторы (эссенциале, карсил, легалон, гастал, гепабене, фосфоглив и др.). После стационарного лечения рекомендовали продолжить диету 5, коррекцию дискинетических расстройств с учетом тонуса и моторики желчного пузыря [7], санацию хронических очагов инфекции, прием средств, повышающих реактивность организма; фитотерапия и др.

В 4-ую группу были включены дети с аномалиями ЖВП, выраженной клиникой хронического холецистита и признаками вторичного вовлечения в процесс поджелудочной железы. При аномалиях желчного пузыря возможно развитие нарушений деятельности поджелудочной железы, особенно при сопряженном поражении желчевыводящей системы функционального или воспалительного характера, но эти явления кратковременные, без выраженной клинической симптоматики. В данной группе у детей с вторичным поражением поджелудочной железы клинические симптомы в виде диспепсического синдрома (изменение аппетита, резкое его снижение, тошнота постоянного характера, иногда рвота, признаки диспепсических изменений кишечника – урчание, метеоризм, запоры или поносы с признаками стеатореи в копрограмме). Боли были чаще ноющими или редкими приступообразными, кратковременными, без иррадиации: болезненность отмечалась преимущественно в проекции поджелудочной железы, т.е в легкой степени выраженности. У всех детей данной группы были выражены симптомы интоксикации: головная боль, повышенная утомляемость, раздражительность, подавленное настроение, расстройства сна, иногда повышение температуры до субфебрильных цифр и др.

Биохимические исследования крови и мочи (эластаза, амилаза) указывали на нормальные показатели уровня ферментов. [10]. Частота обнаружения гиперферментемии зависит от периода заболевания, а поскольку не все больные поступают в стационар сразу на фоне выраженного обострения, то и повышение активности ферментов обнаруживается не у всех.

Ультразвуковое исследование позволяет быстро получить информацию о состоянии поджелудочной железы. [11,12]. Но в то же время эхографическое исследование при диагностике хронического панкреатита представляет определенные трудности. На ранних стадиях заболевания железа практически не отличается от нормальной. При обследовании детей в период обострения эхогенность поджелудочной железы была снижена у всех детей на фоне увеличения размеров органа. Иногда увеличение железы бывает небольшим и может быть установлено только при динамическом наблюдении, что позволяет предотвратить гипердиагностику панкреатита. У наблюдаемых детей в 3 случаях в динамике наблюдения при отсутствии клинической картины размеры поджелудочной железы нормализовались, что было расценено как проявление нарушения функции поджелудочной железы при обострении хронического холецистита (признаки диспанкреатизма). У 2-х детей в динамике наблюдения размеры поджелудочной железы были увеличенными, контуры головки поджелудочной железы неровные, эхогенность повышена, что указывало на наличие воспалительного процесса.

Детям в данной группе проводилась идентичная терапия, как и при наличии хронического холецистита, дискинетических расстройств и аномалий желчного пузыря, но с назначением ферментных препаратов с более высоким содержанием липазы.

Заключение

Врожденные аномалии желчного пузыря способствуют развитию патологических изменений в билиарной системе. В большинстве случаев аномалии желчного пузыря диагностируются на фоне развившихся функциональных и воспалительных заболеваний желчного пузыря, лишь в 25,3% случаях в раннем возрасте. При более выраженных аномалиях (двойной перегиб, деформация шейки желчного пузыря) развитие сопряженной патологии развивается быстрее. Большую роль играют соблюдение диеты и режима питания детей, а также сниженный иммунитет, наличие заболеваний, которые способствуют развитию воспалительных и функциональных изменений в желчном пузыре. Наблюдение за детьми с выявленными аномалиями желчного пузыря в динамике позволило отметить, что вначале развиваются функциональные изменения, а затем присоединяются воспалительные процессы в желчном пузыре, с последующим возможным вовлечением поджелудочной железы с признаками функциональных нарушений (диспанкреатизм) и вовлечением в воспалительный процесс поджелудочной железы.

Раннее выявление аномалий желчевыводящих путей, соблюдение рекомендаций по диете и режиму питания, при необходимости проведение терапии, улучшающей желчевыделение, своевременное лечение сопутствующих заболеваний позволит снизить развитие заболеваний билиарной системы на фоне аномалий желчного пузыря.

REFERENCES

1. Коровина Н.А., Захарова И. Н., Шишкина С.В., Иззадуст Ф.Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта у детей. /Лечащий врач. 2005; 7: 44 - 47. [Korovina N.A., Zaharova I. N., Shishkina S.V., Izzadust F.N. Disfunktsionalnie rasstroystva biliarnogo trakta u detey. /Lechashiy vrach. 2005; 7: 44 - 47. (In Russ)]
2. Скворцов В.В., Тумаренко А.В. Актуальные вопросы терапии хронического некалькулезного холецистита. / Лечащий врач. - . 2009; 2: 43 - 47. [Skvorsov V.V., Tumarenko A.V. Aktualnie voprosi terapii khronicheskogo nekalkuleznogo holetsistita. / Lechashiy vrach. 2009; 2: 43 - 47. (In Russ)]
3. Запруднов А.М., Харитонов Л.А., Богомаз Л.В., Юдина Т.М. Болезни билиарного тракта у детей. /Вопросы детской диетологии. - 2011; 9(6): 39 - 43. [Zaprudnov A.M., Haritonova L.A., Bogomaz L.V., Yudina T.M. Bolezni biliarnogo trakta u detey. /Voprosi detskoy dietologii. 2011; 9(6): 39 - 43. (In Russ)]
4. Вахрушев Я.М., Петрова Л.И. Петров Н.М. Функциональное состояние печени и желчевыводящих путей у больных с деформацией желчного пузыря. /Гепатология. - 2003; 3: 4 - 6. [Vaxrushev Ya.M., Petrova L.I. Petrov N.M. Funktsionalnoe sostoyanie pecheni i jelchevivyvodyashix putey u bolnix s deformatsiey jelchnogo puzirya. /Gepatologiya. 2003; 3: 4 - 6. (In Russ)]
5. Запруднов А.М. Заболевания билиарного тракта у детей: аномалии развития, дисфункциональные расстройства. /Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2005; 5: 36 - 42. [Zaprudnov A.M. Zabolevaniya biliarnogo trakta u detey: anomalii razvitiya, disfunktsionalnie rasstroystva. /Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. 2005; 5: 36 - 42. (In Russ)]
6. Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Актуальные аспекты заболеваний билиарного тракта в детском возрасте. /Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2010; 1: 3 - 7. [Zaprudnov A.M., Haritonova L.A. Aktualnie aspekti zabolevaniy biliarnogo trakta v

- detskom vozraste. /Eksperimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2010; 1: 3 - 7. (In Russ)]
7. Хавкин А.И. Современные подходы к желчегонной терапии у детей. /Российский вестник перинатологии и педиатрии 2008; 4: 43 - 47. [Xavkin A.I. Sovremennye podhodi k jelchegonnoy terapii u detey. /Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. 2008; 4: 43 - 47. (In Russ)]
 8. Муратходжаева А.В., Даукш И.А., Исраилова Н.А., Икрамова Д.Т. Влияние аномалий и деформаций желчного пузыря на развитие гепатобилиарной патологии у детей. / V съезд Педиатров Узбекистана. Сборник тезисов. 2004; 6364. [Muratxodjaeva A.V., Dauksh I.A., Israilova N.A., Ikramova D.T. Vliyanie anomalii i deformatsiy jelchnogo puzirya na razvitie gepatobiliarnoy patologii u detey. / V s'ezd Pediatrov Uzbekistana. Sbornik tezisov. 2004; 63- 64. (In Russ)]
 9. Муратходжаева А.В., Даукш И.А., Хакимова У.Р. Поражение поджелудочной железы при хронических заболеваниях желчевыводящей системы. / Материалы XVII съезда детских гастроэнтерологов России и стран СНГ. Вопросы детской диетологии. Москва. 2010; 8(2): 79 - 80 [Muratxodjaeva A.V., Dauksh I.A., Hakimova U.R. Porajenie podjeludochnoy jelezi pri xronicheskix zabolevaniyax jelchevivodyashey sistemi. / Materiali XVII s'ezda detskix gastroenterologov Rossii i stran SNG. Voprosi detskoy dietologii. Moskva. 2010; 8(2): 79 - 80 (In Russ)]
 10. Даукш И.А., Муратходжаева А.В., Хамидова Н.Х. Клиника и диагностика хронического холецистита у детей. / Педиатрия. Ташкент. 2011; 1-2: 24 - 26. [Dauksh I.A., Muratxodjaeva A.V., Xamidova N.X. Klinika i diagnostika xronicheskogo xoletsistita u detey. / Pediatriya. Tashkent. 2011; 1-2: 24 - 26. (In Russ)]