

УДК616.361:616 – 053.2

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/39/09>

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

©Малеванная В. А., Кыргызская государственная медицинская академия
им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан

COMBINED THERAPY IN CHILDREN WITH FUNCTIONAL DISORDERS OF THE BILIARY TRACT

©Malevannaya V., Kyrgyz State Medical Academy them. I. K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyzstan

Аннотация. В работе представлены данные об оценке комплексного лечения детей с билиарной дисфункцией по результатам клинического ультразвукового исследования с определением показателя двигательной функции желчного пузыря.

Abstract. The paper presents data on the evaluation of complex treatment of children with biliary dysfunction according to the results of a clinical ultrasound study with the determination of the motor function index of the gall bladder.

Ключевые слова: дети, дискинезия желчевыводящих путей, гипомоторная дискинезия, гипермоторная дискинезия.

Keywords: children, biliary dyskinesia, hypomotor dyskinesia, hypermotor dyskinesia.

Актуальность. Несмотря на значительный прогресс современной медицины в области гастроэнтерологии, хронические заболевания органов пищеварения до сих пор являются одной из частых патологий, встречающихся как во взрослом, так и в детском возрасте. В структуре патологии желудочно-кишечного тракта основное место занимают функциональные нарушения, по данным многих авторов до 95%. Значительный сегмент принадлежит дисфункции билиарного тракта.

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования явилось определение эффективности лечения детей с дисфункцией билиарного тракта.

Современные подходы к лечению заболеваний ЖВС у детей представлены в различных методических рекомендациях [1]. Для устранения боли, восстановления желчевыделения, обменных и иммунных процессов применяются различные лекарственные средства. Отсутствие единых подходов к лечению данной патологии у детей говорит о сложности самой проблемы [2].

Первостепенным в лечении патологии ЖВС является назначение лечебного питания, которое позволяет устранить повышенную активность миоцитов и регуляторных структур. Стихание клинической симптоматики позволяет расширить пищевой рацион. Назначают стол №5, который подразумевает применение каши, макарон, некрепкие мясные и рыбные бульоны, отварное мясо, рыбу, творог, кефир, неострый сыр. Исключают жирное мясо, грибы, шпинат, лук, редис, редьку. Сладкие продукты также исключают из диеты (торты,

мороженое, шоколад, сладкое тесто). Употребление кислых и газированных напитков может спровоцировать спазм сфинктера Одди.

Для снятия спазма гладкой мускулатуры билиарного тракта используют нейротропные и миотропные спазмолитики [3]. Нейротропные спазмолитики (м-холинолитики) блокируют действие ацетилхолина на м-холинорецепторы, и этим устраняется действие вегетативных нейронов на гладкомышечные клетки. Миотропные спазмолитики действуют непосредственно на гладкомышечные клетки, блокируя фосфодиэстеразу, что увеличивает количество цАМФ, или блокируют натриевые каналы, что в конечном итоге уменьшает концентрацию внутриклеточного кальция [4].

В связи с нарушением энтерогапатической циркуляции желчных кислот и иммунного ответа, разработаны препараты с комплексным эффектом (спазмолитики, холекинетики и холеретики), которые целесообразно назначать после применения спазмолитиков. Используют часто аналог холецистокинина, в частности, одестон, который, подобно холецистокинину, избирательно расслабляет сфинктеры Одди и Люткенса, не влияя на гладкую мускулатуру сосудов и кишечника. Как холеретин, увеличивает митохондриальный метаболизм гепатоцитов, содержание в желчи желчных кислот и натрия, при этом не повышает давление в ЖВС, так как одновременно устраняет спазм сфинктеров [5].

Золотым стандартом лечения заболеваний ЖВС является урсосан, который используется в любом возрасте [6]. Урсосан — третичная желчная кислота — гидрофильная, высокополярная, нетоксичная, действует комплексно. Во-первых, конкурирует с агрессивными липофильными желчными кислотами, замещая их в пуле. Во-вторых, ингибирует микросомальный фермент ГМК-КоА-редуктазу, подавляя синтез холестерина в печени и его секрецию в желчь, образует с холестерином жидкие кристаллы и растворяет холестериновые камни, уменьшает всасывание холестерина в кишечнике. В-третьих, встраивается в мембраны гепатоцитов, холангиоцитов, эпителиоцитов ЖКТ, стабилизируя их структуру и функцию, улучшая транспортные системы. В-четвертых, устраняет дисфункцию митохондрий и выход цитохрома С из мембран в цитозоль клетки, уменьшает концентрацию цитокинов и киллерную активность Т-лимфоцитов в отношении гепатоцитов, что уменьшает апоптоз, некроз и улучшает регенерацию гепатоцитов. В-пятых, ингибирует пролиферацию фибробластов, синтез коллагена, прогрессирование фиброза. Все это облегчает желчевыделение, нормализует моторику билиарного тракта и микрофлору кишечника, иммунный ответ.

При спазме сфинктера Одди холеретики не назначают. При дуоденогастральном и гастроэзофагальном рефлюксе используются антациды (фосфалюгель). Для коррекции микрофлоры назначают пробиотики. Лечение проводится курсами по 10-14 дней, от 3 до 6 месяцев, тюбажи делают 2-3 раза в неделю, всего 10. Для эмоциональной разгрузки назначают седативные препараты (валериана, бром), транквилизаторы (седуксен, сибазон, нозепам) и антидепрессанты (фенибут, amitриптилин). Для уменьшения гиперчувствительности клеток показаны антигистаминные препараты [6].

В наших исследованиях мы посчитали необходимым назначить более оптимальную схему лечения детей клинической группы. Оптимизация лечения заключалась (Таблица 1) в назначении одестона (гимекромон) из расчета 20 мг/кг/сут в три приема за 30 мин до основного приема пищи в течение 20 дней, в сочетании с урсосаном (уредезоксихолиевая кислота) по 10 мг/кг в течение 30 дней (для детей I клинической группы).

Ферментотерапия заключалась в назначении креона, из расчета 1 тыс./кг/сут в три приема с основным приемом пищи, фосфалюгель по 1 пакетику 3 раза в день после основного приема пищи в течение 7 дней. В I клинической группе назначалась физиотерапия

в виде электрофореза с магниезией в течение 15 дней. Во II клинической группе назначалась магнитотерапия в течение 10 мин в сочетании с парафином в течение 15 дней. Коррекция питания проводилась с назначением диеты №5 по Певзнеру, с ограничением эмоциональных и физических нагрузок.

Таблица 1.

СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Используемые средства	Группы детей	
	I клиническая n = 57	II клиническая n = 43
Одестон	20 мг/кг/сут, 3 раза в день, в течение 20 дней	20 мг/кг/сут, 3 раза в день, в течение 20 дней
Урсосан	10 мг/кг в течение 30 дней	
Креон	1 тыс ед./кг/сут, 3 раза в день, в течение 7 дней	1 тыс ед./кг/сут, 3 раза в день, в течение 7 дней
Фосфалюгель	1 пакетик, 3 раза в день, в течение 7 дней	1 пакетик, 3 раза в день, в течение 7 дней
Электрофорез с магниезией	в течение 15 дней	
Магнитотерапия с парафином		по 10 ми в течение 15 дней

Как видно из данных Таблицы 2, у детей I клинической группы в период окончания комплексного лечения, среди предъявляемых жалоб, отмечается существенная динамика. Так, болевой синдром уменьшился в 3-10 раз, а боли продолжительного характера не отмечались, тогда, как в период до лечения они наблюдались в 61,4% случаев. Диспепсические симптомы также уменьшились от 2 до 10 раз. Несмотря на выраженную положительную динамику в предъявляемых жалобах, в период окончания лечения практически те или иные жалобы в каком-то проценте случаев присутствуют.

Таблица 2.

ЖАЛОБЫ У ОБСЛЕДУЕМЫХ ДЕТЕЙ I КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ
 В ПЕРИОД ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Симптомы	Период до лечения n = 57		Период окончания лечения n = 57	
	абс.	%	абс.	%
	Боли тупые, ноющие в правом подреберье	50	87	12
Боли острые, колющие в правом подреберье	5	8,7	2	3,5
Боли после физической нагрузки	20	35	3	5,26
Боли после погрешности в диете	55	96,5	7	12,28
Боли кратковременные (10–15 минут)	10	17,5	1	1,75
Боли продолжительные (более 30 минут)	35	61,4	—	—
Чувство горечи во рту	9	15,8	1	1,75
Тошнота	38	36,6	2	3,5
Отрыжка	18	31,58	5	8,7
Метеоризм	17	29,8	4	7,0
Склонность к запорам	26	45,6	12	21,0
Склонность к поносам	5	8,7	2	3,5
Повторяющиеся болевые и диспепсические симптомы в течение года	57	100	14	24,5

У детей II клинической группы в период окончания лечения в предъявляемых жалобах (Таблица 3) отмечается практически схожая картина в динамике предъявляемых жалоб, что и в I клинической группе, т.е. снижение количества жалоб в 3-9 раз по сравнению с периодом до лечения, а такие симптомы, как чувство горечи во рту и склонность к запорам отсутствовали.

Таблица 3.

ЖАЛОБЫ У ОБСЛЕДУЕМЫХ ДЕТЕЙ II КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ
 В ПЕРИОД ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Симптомы	Период до лечения n = 43		Период окончания лечения n = 43	
	абс.	%	абс.	%
Боли тупые, ноющие в правом подреберье	13	30,2	2	4,65
Боли острые, колющие в правом подреберье	25	58,1	6	13,9
Боли после физической нагрузки	30	69,7	6	13,9
Боли после погрешности в диете	41	95,3	10	23,2
Боли кратковременные (10–15 минут)	25	58,1	7	16,8
Боли продолжительные (более 30 минут)	7	16,3	1	2,3
Чувство горечи во рту	3	6,9	—	—
Тошнота	18	41,8	2	4,65
Отрыжка	19	44,18	3	6,97
Метеоризм	10	23,25	5	11,6
Склонность к запорам	3	6,97	—	—
Склонность к поносам	23	53,5	4	9,3
Повторяющиеся болевые и диспепсические симптомы в течение года	43	100	16	37,2

Ультразвуковая картина ЖВП в клинических группах после окончания лечения имела отличительные признаки (Таблица 4).

Таблица 4.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА ЖВП У ОБСЛЕДУЕМЫХ ДЕТЕЙ
 В ПЕРИОД ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Параметры	Группы детей и периоды обследования							
	I клиническая n = 57				II клиническая n = 43			
	период до лечения		период после лечения		период до лечения		период после лечения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гепатомегалия	27	47,3	3	5,26	10	23,2	1	2,3
Наличие гиперэхогенности паренхимы печени	9	15,8	2	3,5	2	4,65	—	—
Наличие уплотненных желчных протоков	13	22,8	1	1,75	6	13,93	—	—
Увеличение размеров желчного пузыря	25	43,8	2	3,5	4	9,3	—	—
Уплотнение стенки желчного пузыря	11	19,3	1	1,75	3	6,97	—	—
Наличие деформации желчного пузыря	40	70,1	40	70,1	31	72,1	31	72,1
Наличие взвеси в полости желчного пузыря	31	54,4	2	3,5	5	11,6	—	—

Как видно из данных Таблицы 4, у детей I клинической группы в период окончания лечения отмечается существенная положительная динамика в параметрах эхографической картины по сравнению с периодом до лечения, кроме наличия показателя наличия деформации желчного пузыря, который сохраняется у всех детей. Остальные параметры присутствуют в единичных случаях. Во II клинической группе в этот период обследования присутствуют только такие признаки, как гепатомегалия (2,3%) и наличие деформации желчного пузыря (72,1%), а остальные параметры УЗИ отсутствуют.

Со стороны показателей билирубина и его фракций в клинических группах в этот период обследования отмечается достижение значений контрольной группы ($P>0,05$).

Так, показатели в I клинической группе эти значения составили: общий билирубин — $11,6\pm 0,95$ ммоль/л; прямой билирубин — $2,06\pm 0,07$ ммоль/л; непрямой билирубин — $10,85\pm 0,87$ ммоль/л. Эти значения во II клинической группе также достигли контрольных значений и, соответственно, составили: 7,74; 1,1; 6,86 ммоль/л.

Использование данной схемы в лечении функционального нарушения билиарной системы у детей приводит к существенному улучшению клинической симптоматики дисфункций билиарного тракта и благоприятному течению данного нарушения у исследуемых детей.

Список литературы:

1. Пыков М. И. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в педиатрии. М.: Видар, 1998. 376 с.
2. Яковенко Э. П., Григорьев П. Я. Хронические заболевания внепеченочных желчевыводящих путей (диагностика и лечение). М.: Медпрактика, 2000. 31 с.
3. Шишкина С. В. Диагностика и коррекция нарушений моторной функции желудочно-кишечного тракта при дисфункциональных расстройствах билиарного тракта у детей: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2013.
4. Шутова Е. В., Павленко Н. В., Бабаджанян Е. Н., Солодовниченко И. Г., Букша О. В. Вопросы терапии билиарной патологии у детей: выбор оптимального решения // Здоровье ребенка. 2018. Т. 13. №S1. С. 23-29. DOI: 10.22141/2224-0551.13.0.2018.131174.
5. Ляпунова Е. В., Пономарева О. В., Докучаева С. Ю. Факторы риска развития желудочнокишечной патологии у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018. Т. 63. №4. С. 171-172.
6. Казакова М. А., Файзуллина Р. А., Ахметов И. И., Валеева Е. В., Егорова Э. С. Значимость полиморфизма гена 174 G/C IL6 у детей с сочетанной гастродуоденальной и билиарной патологией, ассоциированной с *Helicobacter Pylori* // Практическая медицина. 2018. №2 (113). С. 47-51.

References:

1. Pykov, M. I. (1998). *Klinicheskoe rukovodstvo po ul'trazvukovoi diagnostike v pediatrii*. Moscow, Vidar, 376. (in Russian).
2. Yakovenko, E. P., & Grigoriev, P. Ya. (2000). *Khronicheskie zabolevaniya vnepechenochnykh zhelchevyvodyashchikh putei (diagnostika i lechenie)*. Moscow, Medpraktika, 31. (in Russian).
3. Shishkina, S. V. (2013). *Diagnostika i korrektsiya narushenii motornoii funktsii zheludochno-kishechnogo trakta pri disfunktsional'nykh rasstroistvakh biliarnogo trakta u detei: avtoref. M.D. diss. Moscow*. (in Russian).

4. Shutova, E. V., Pavlenko, N. V., Babadzhanyan, E. N., Solodovnichenko, I. G., & Buksha, O. V. (2018). Issues of therapy for biliary pathology in children: the choice of the optimal solution. *Child health, 13(S1)*, 23-29. (in Russian). doi:10.22141/2224-0551.13.0.2018.131174.

5. Lyapunova, E. V., Ponomareva, O. V., & Dokuchaeva, S. Yu. (2018). Faktory riska razvitiya zheludochnokishechnoi patologii u detei. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii, 63(4)*, 171-172. (in Russian).

6. Kazakova, M. A., Fayzullina, R. A., Akhmetov, I. I., Valeeva, E. V., & Egorova, E. S. (2018). Polymorphism of the 174 G/C IL6 gene in children with combined gastroduodenal and biliary pathology associated with *Helicobacter Pylori*. *Prakticheskaya meditsina, (2)*, 47-51. (in Russian).

*Работа поступила
в редакцию 10.01.2019 г.*

*Принята к публикации
15.01.2019 г.*

Ссылка для цитирования:

Малеванная В. А. Комплексная терапия у детей с функциональными нарушениями желчевыводящих путей // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5. №2. С. 73-78. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/39/09>.

Cite as (APA):

Malevannaya, V. (2019). Combined therapy in children with functional disorders of the biliary tract. *Bulletin of Science and Practice, 5(2)*, 73-78. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/39/09>. (in Russian).