

Основные направления лечения детей с билиарными дисфункциями, ассоциированными с дисплазией соединительной ткани

В. В. Чемоданов, Е. Е. Краснова, О. П. Шлыкова

Билиарные дисфункции (БД) относятся к наиболее частой патологии пищеварительной системы у детей. Традиционно лечебная программа при БД включает следующие направления:

- коррекция моторно-тонических нарушений в билиарной системе;
- улучшение текучих свойств желчи;
- нормализация деятельности центральной нервной системы.

Не менее важно учитывать тот фон, на котором сформировалась БД у конкретного ребенка, поскольку в подавляющем большинстве случаев она является вторичной и ее течение нередко зависит от основного заболевания (хронический гастродуоденит, язвенная болезнь, ожирение и т. д.) [1–3]. Одним из факторов, способствующих развитию БД, является дисплазия соединительной ткани (ДСТ) [4–6]. БД, протекающие у детей-диспластиков, нередко характеризуются длительным и упорным течением с частыми рецидивами, ранним формированием билиарного сладжа с исходом в желчнокаменную болезнь и вовлечением сопряженных органов в патологический процесс. Причиной такого негативного влияния соединительнотканной дисплазии на течение БД являются нарушение вегетативной регуляции, дисэлементоз, незрелость соединительнотканых структур стенки пузыря, аномалии развития желчного пузыря, характерные для ДСТ. Своевременное начало лечебных мероприятий при БД, ассоциированных с ДСТ, призвано предупредить возможность трансформации моторных нарушений в билиарной системе в более тяжелую патологию.

Основой рационального лечения детей с БД на фоне ДСТ является лечебное питание. Диетотерапия проводится на основе принципов лечебного питания при холепатиях с учетом характера моторных нарушений в билиарной системе, но с обязательным включением достаточного количества витаминов, макро- и микроэлементов и непредельных жирных кислот, необходимых для поддержания адекватного метаболизма соединительной ткани. Рекомендуются достаточное содержание растительных жиров, овощей, нежирных сортов рыб («средиземноморский» вариант диеты).

При всех вариантах моторных нарушений рекомендуется дробное питание (в 5–6 приемов с перерывами между ними в 3–4 часа), которое обеспечивает периодичность выделения желчи и панкреатического секрета. Ограничивают продукты, вызывающие раздражение слизистой оболочки пищевого канала и сильное сокращение желчного пузыря: жирные сорта мяса, рыбы и птицы, бульоны, изделия из сдобного теста, пряности, грибы, лук и чеснок, шавель и редька, маринады, копчености, газированные напитки. Исключают продукты, повышающие газообразование в кишечнике: ржаной хлеб, горох, бобы. Не рекомендуются слишком горячие и любые холодные блюда. В рацион включают продукты, обладающие липотропным действием (творог, кисломолочные продукты, блюда из гречневой и овсяной круп, нежирные сорта говядины и рыбы). Для предотвращения запоров, а значит, и для нормализации внутрибрюшного давления и улучшения пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку используют растительные продукты, способствующие опорожнению кишечника (морковь, тыква, кабачок, зелень, арбуз, дыня, чернослив, курага, груша). Разрешаются сладости — пастила, мармелад, джемы и мед.

При гипермоторной дисфункции желчного пузыря и спазме сфинктеров для уменьшения тонуса гладкой мускулатуры показано применение магнийсодержащих продуктов (гречневая крупа, пшеничные отруби, пшено, все виды капусты). Овощи можно использовать в сыром, вареном, печеном виде. Ограничивают продукты, усиливающие процессы брожения и гниения в кишечнике (цельное свежее молоко, сдобное тесто, консервы и др.).

При гипомоторике желчного пузыря показаны некрепкие мясные бульоны, сливки, сметана, яйца всмятку и растительные масла. Последние имеют особую ценность, поскольку легко эмульгируются и всасываются в кишечнике, содержат значительное количество полиненасыщенных жирных кислот, богатых фосфатидами, витаминами А, Е, К. Желательно добавлять масла в готовые блюда, а не в процессе кулинарной обработки. Рацион должен содержать овощи и фрукты, богатые пищевыми волокнами (курага, клубника, малина, сушеный шиповник и др.). Разрешаются пищевые добавки в виде пшеничных отрубей, которые сокращают время пассажа пищи по кишечнику и улучшают метаболизм желчных кислот.

Необходимым компонентом немедикаментозного воздействия при БД, ассоциированных с ДСТ, является оптимальный двигательный режим. Следует организовать режим дня с чередованием труда и отдыха. Очень важно избегать гиподинамии. Показаны ежедневная гимнастика с упражнениями аэробного типа и лечебная физкультура с упражнениями, сочетающими направленность на улучшение моторной функции желчевыводящих путей и улучшающими состояние определенной группы мышц для достижения правильной осанки. Необходимо достичь оптимального двигательного режима, избегая гиподинамии, с одной стороны, и перегрузок — с другой. Предпочтительны умеренные динамические нагрузки, а именно — плавание, ходьба, прогулочные лыжи,

велосипед, бадминтон. Противопоказаны занятия, требующие тяжелой физической нагрузки и групповые виды спорта с повышенной вероятностью травматизации.

Целью медикаментозной терапии больных с БД, ассоциированной с ДСТ, являются:

- коррекция реологических (текучих) свойств желчи;
- нормализация моторики желчного пузыря, тонуса сфинктерного аппарата, а также давления в двенадцатиперстной кишке, что в конечном итоге должно обеспечить нормальный отток желчи и панкреатического секрета;
- улучшение процессов пищеварения и всасывания в тонкой кишке.

Коррекция нарушений коллоидной стабильности желчи — важная составляющая базисного лечения пациентов со всеми формами БД. С этой целью применяются препараты урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) (Урсофальк, Урсосан), которые снижают синтез холестерина в печени и его всасывание в кишечнике. УДХК образует с молекулами холестерина жидкие кристаллы, способствующие растворению холестериновых камней, улучшающие физико-химические свойства желчи и предупреждающие образование новых кристаллов. Помимо этого препарат индуцирует образование желчи, богатой бикарбонатами, что увеличивает ее пассаж, стимулирует выведение токсичных желчных кислот через кишечник, а улучшая моторную функцию желчного пузыря, положительно влияет на микробиоценоз кишечника. Препарат назначают в дозе 10–15 мг/кг в сутки на ночь в течение 3–4 нед. Но длительность приема может увеличиваться в зависимости от клинической ситуации, достигая 3–24 мес.

Одним из желчегонных средств, применяемых у детей, является сухой водный экстракт листьев артишока полевого (Хофитол), основными частями которого являются кофеоловая и хининовая кислоты, флавоноиды, витамины, микроэлементы. Хофитол оказывает желчегонное, антисептическое, антиоксидантное, противовоспалительное, антиоксидантное и иммуностимулирующее действие, снижает уровень холестерина за счет холеретического действия и уменьшения его внутрипеченочного синтеза. Важно, что, стимулируя желчеотделение, препарат ослабляет литогенные свойства желчи, что снижает риск развития холелитиаза. Экстракт листьев артишока защищает печеночные клетки, укрепляет мембрану гепатоцита за счет антиоксидантного действия, стимулирует антиоксидантную функцию печени, улучшает жировой и углеводный обмен, аппетит. Препарат назначают по 1–2 таблетки (в зависимости от возраста) 3 раза в сутки за 15–20 мин до еды. В виде раствора для приема внутрь назначают взрослым по 2,5–3 мл 3 раза в сутки, а детям 1/4–1/2 дозы взрослых.

К желчегонным средствам, используемым у детей при БД, относят препарат, содержащий расторопшу (Галстена). Препарат обладает противовоспалительным, холеретическим, спазмолитическим и гепатопротективным действием, которое проявляется уменьшением выраженности цитолиза и внутрипеченочного холестаза. Поскольку препарат выпускается во флаконах с капельницей, то он легко дозируется детям разных возрастов. Младенцам рекомендуется по 1 капле, детям от 1 года до 12 лет — по 5 капель, старше 12 лет — по 10 капель 3 раза в сутки. Курс лечения при БД составляет, как правило, не более 3 нед.

Из растительных желчегонных средств следует упомянуть сухой экстракт бессмертника песчаного, который содержит флавоноиды, гликозиды, стерин и эфирные масла. Такой состав наряду с желчегонным эффектом позволяет уменьшить литогенность желчи. Кроме того, препарат обладает спазмолитическим свойством и антибактериальной активностью в отношении гнилостной и газообразующей флоры. Препарат выпускают в виде гранул для приготовления суспензии и в таблетках. Детям 1–3 лет показано по 2 пакетика в сутки, 4–5 лет — по 3 пакетика, старше 5 лет — по 4 пакетика в сутки. Детям старше 14 лет можно назначать в таблетках — по 1 таблетке 3 раза в сутки. Курс лечения составляет 10–14 дней.

Желчегонный эффект гепатопротекторов растительного происхождения является прямым показанием для их назначения детям с гипомоторной дисфункцией желчного пузыря. Терапию проводят прерывистыми курсами по 2 нед в месяц в течение 3–6 мес. При необходимости курсы лечения можно повторять.

Важной задачей лечения любой формы БД является купирование болевого синдрома, который служит основой развития невротических и депрессивных состояний, ухудшающих переносимость боли и усиливающих ее, вследствие повышения висцеральной чувствительности. Для ликвидации болей, обусловленных спазмом сфинктеров, гипермоторикой желчного пузыря или его перерастяжением вследствие гипомоторики, используется регулятор моторики желчевыводящих путей тримебутин (Тримедат). Являясь агонистом периферических μ -, κ - и δ -опиатных рецепторов, тримебутин обладает одновременно спазмолитическим и прокинетическим эффектами в зависимости от исходного уровня тонуса мышечных волокон. Важным его свойством является способность снижать висцеральную гиперчувствительность, что разрывает «порочный» круг патогенеза болей при БД. Препарат разрешен детям с 3-летнего возраста. Детям 3–5 лет назначается по 25 мг 3 раза в сутки, 5–12 лет — по 50 мг 3 раза в сутки, а детям старше 12 лет — по 100–200 мг в сутки.

Для купирования спазмов сфинктеров используют селективный М-холинолитик гиосцина бутилбромид (Бускопан), который не влияет на ЦНС, поскольку не проникает через гематоэнцефалический барьер. Периферическое антихолинергическое действие обусловлено блокадой внутриорганов парасимпатических ганглиев и

мускариновых рецепторов. Селективность гиосцина бутилбромид обусловлена его расслабляющим воздействием только лишь в месте возникновения спазмов органов желудочно-кишечного, билиарного трактов и мочеполовой системы. Назначают детям старше 6 лет по 10–20 мг 3 раза в сутки, запивая небольшим количеством воды. Отменять препарат следует постепенно, поскольку при быстрой отмене могут наблюдаться тошнота, потливость, головокружение. Его не рекомендуют назначать в жаркое время года, а во время лечения не следует принимать горячие ванны или перегреваться при выполнении физических упражнений.

Механизм действия миотропных спазмолитиков заключается в накоплении в клетке цАМФ и уменьшении концентрации ионов кальция, что тормозит соединение актина с миозином. Этот эффект достигается либо ингибированием фосфодиэстеразы, либо блокадой аденозиновых рецепторов, либо их комбинацией. Наиболее широко из неселективных спазмолитиков используется дротаверина гидрохлорид, блокирующий фосфодиэстеразу IV типа, что позволяет достичь выраженного расслабления миоцитов ЖКТ. По своему спазмолитическому действию он превосходит эффективность другого представителя этой группы — папаверина гидрохлорида.

Однако при использовании неселективных спазмолитиков следует учитывать их системное действие, а именно воздействие на всю гладкую мускулатуру, включая мочевыделительную систему, кровеносные сосуды и т. д. При длительном их применении возможно развитие гипомоторной дисфункции желчного пузыря и гипотонии сфинктеров, поэтому назначают препараты этой группы на непродолжительное время (не более 2–3 нед).

Дротаверина гидрохлорид назначают в следующих дозах: детям до 6 лет по 10–20 мг 1–2 раза в сутки, 6–12 лет — по 20 мг 1–2 раза в сутки. Папаверина гидрохлорид детям от 6 мес до 2 лет назначают по 0,005 г; 3–4 лет — по 0,005–0,01 г; 5–6 лет — по 0,01 г; 7–9 лет — по 0,01–0,015 г; 10–14 лет — 0,015–0,02 г 3–4 раза в сутки.

Учитывая возможность нежелательных эффектов при использовании неселективных спазмолитиков, оптимальным для купирования болевого синдрома при гипермоторных дисфункциях желчного пузыря и спазме сфинктера Одди является назначение препаратов, избирательно расслабляющих гладкую мускулатуру органов ЖКТ. Из миотропных спазмолитиков к ним относится гимекромон (Одестон), обеспечивающий отток желчи в двенадцатиперстную кишку и снижающий давление в билиарной системе. Гимекромон облегчает приток желчи в кишечник и тем самым усиливает энтерогепатическую циркуляцию желчных кислот, участвующих в первой фазе образования желчи. Обладая желчегонным и спазмолитическим эффектами, препарат обеспечивает физиологический дренаж желчевыводящих путей, а увеличивая поступление желчи в кишечник, он способствует ликвидации запоров. Применяться гимекромон у детей может с 7 лет в дозе по 200 мг (1 таблетка) 3 раза в сутки за 30 мин до еды в течение 1–3 нед.

Эффективное желчегонное действие оказывают тюбажи с минеральной водой. Утром натощак больной выпивает 100–150 мл теплой минеральной воды без газа, затем укладывается на правый бок, под который подкладывают теплую грелку, и лежит 40–120 мин. В минеральную воду могут добавляться ксилит (0,5 г/кг на 100–200 мл воды), магния сульфат (0,2–0,4 г/кг развести в 100 мл теплой воды). Вместо минеральной воды могут использоваться соли, обладающие желчегонным эффектом, или мед. Конкретный стимулирующий состав подбирает врач, исходя из особенностей больного. Курс лечения обычно состоит из 10 процедур, которые проводят один раз в три дня.

Учитывая, что БД сопровождаются нарушениями пищеварения в результате расстройства эмульгирования жиров, то в лечебный комплекс по показаниям включают ферментные препараты (панкреатин), среди которых у детей наиболее широко применяется Креон 10000. Препарат обладает высокой активностью липазы, устойчивостью к желудочному соку, возможностью растворения оболочек микросфер и высвобождением активных ферментов в тонкой кишке. При этом воспроизводятся физиологические процессы пищеварения, когда панкреатический сок выделяется порциями в ответ на периодическое поступление пищи из желудка. Кроме того, необходимо помнить, что основным патогенетическим механизмом развития дуоденальной гипертензии при БД может быть избыточный бактериальный рост в тонкой кишке и повышенное содержание жидкости и газа в просвете двенадцатиперстной кишки в результате бродильно-гнилостных процессов, обусловленных микробной контаминацией. Именно поэтому при клинико-лабораторных проявлениях нарушения микробиоценоза кишечника, наряду с препаратами, восстанавливающими микробиоценоз (селективная деконтаминация, про- и пребиотики), предпочтительнее назначать микросферические ферменты. Таким образом, важным фактором, определяющим терапевтическую эффективность, является галеническая форма препарата в кислотоустойчивой оболочке. Доза подбирается индивидуально и зависит от выраженности экзокринной недостаточности поджелудочной железы. Креон 10000 назначается в суточной дозе 1000–2000 ЕД активности липазы на килограмм массы тела в 3–4 приема. Микросферы можно высыпать из капсулы, а необходимое их количество давать детям раннего возраста. Рекомендуют проводить 2–3 курса ферментотерапии по 2 нед с двухнедельным перерывом.

У детей старшего возраста можно использовать панкреатин, выпускаемый в таблетированной форме, покрытой оболочкой (Мезим форте). Дозируется индивидуально в зависимости от выраженности диспепсических расстройств из расчета 500–100 ЕД липазы/кг массы на каждый прием пищи.

При наличии запоров показаны препараты лактулозы (Дюфалак, Нормазе) в возрастной дозе в течение 1 месяца, после чего продолжают курс лечения в пребиотической дозе (1/2 от лечебной дозы) еще 1 месяц. Следует учитывать, что препараты лактулозы способствуют улучшению энтерогепатической циркуляции желчных кислот, что уменьшает риск формирования билиарного сладжа.

Физиотерапия при гипермоторных дискинезиях может включать электрофорез с новокаином, парафиновые или озокеритовые аппликации, индуктотермию на область правого подреберья, общие радоновые или хвойные ванны, а при гипокINETических дискинезиях — электрофорез с магния сульфатом, фарадизацию, гальванизацию, диадинамические токи Бернара, ультразвук низкой интенсивности.

Лечение БД проводится прерывистыми курсами (по 2 нед в месяц), чередуя желчегонные препараты, общей продолжительностью 3 мес при отсутствии аномалий желчного пузыря и не менее 6 мес при выявлении аномалий. Затем, при купировании клинических проявлений заболевания, целесообразно проводить один двухнедельный курс лечения в квартал в течение 2–3 лет. При наличии билиарного сладжа длительность первого непрерывного курса лечения желчегонными препаратами должна составлять не менее 4 нед с последующим переходом к прерывистым курсам желчегонной терапии. При этом целесообразно проводить ультразвуковое исследование желчного пузыря 2 раза в год в течение 2–3 лет.

Лечебно-профилактический эффект может значительно усиливаться после пребывания ребенка в местном санатории или на одном из южных курортов (Железноводск, Кавказские Минеральные Воды, Геленджик, Анапа и др.), где широко используются немедикаментозные методы: диетотерапия, фитотерапия, массаж, ЛФК, физиотерапевтические процедуры. Особое значение на этом этапе приобретает бальнеотерапия. При гипермоторной дискинезии показаны слабоминерализованные (2–5 г/л) минеральные воды гидрокарбонатно-хлоридно-натриевые, с низким содержанием газа, в теплом виде до 5–6 раз в день небольшими порциями в подогретом до 35–45 °С виде за 15–30 мин до еды. Детям с гипомоторной дискинезией рекомендуются минеральные воды средней минерализации (5–15 г/л) сульфатно-натриевые и сульфатно-магниево-натриевые комнатной температуры или слегка подогретые (17–30 °С), за 30–60 мин до еды 3 раза в день.

Эффективность восстановительного лечения детей с БД во многом зависит от четко организованного диспансерного наблюдения за больным, которое проводится не менее 2 лет и включает осмотры педиатром или гастроэнтерологом (1 раз в 6 мес), ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, желчного пузыря, поджелудочной железы по показаниям, противорецидивные мероприятия или своевременную коррекцию выявленных нарушений [7]. Противорецидивное лечение в случае ассоциации БД и ДСТ следует проводить в виде двухнедельных курсов 1 раз в квартал в течение не менее 3 лет. При наличии билиарного сладжа показан непрерывный курс желчегонных препаратов в течение 4 недель с последующим переходом к прерывистым курсам. При этом целесообразно проводить УЗИ желчного пузыря, печени, поджелудочной железы 2 раза в год в течение 3 лет [6].

Детям с БД, ассоциированной с ДСТ, помимо противорецидивного лечения препаратами, нормализующими моторную функцию желчевыводящих путей, необходимы курсы метаболической медикаментозной терапии, включающей препараты, стимулирующие коллагенообразование (препараты магния, L-карнитина, витамины группы В) и улучшающие биоэнергетическое состояние организма (Рибоксин, Лимонтар, Кудесан) [8, 9]. Длительность подобной терапии должна составлять не менее 1–2 месяцев, число курсов — 2–3 в год в зависимости от выраженности ДСТ.

Литература

1. Волынец Г. В., Хавкин А. И. Дисфункции билиарного тракта у детей // Медицинский оппонент. 2018. 1 (3). С. 59–64.
2. Урсова Н. И. Функциональные заболевания билиарного тракта у детей как мультидисциплинарная проблема // Альманах клинической медицины. 2014. № 33. С. 47–56.
3. Харитонов Л. А., Запруднов А. М. Заболевания билиарного тракта у детей — современный взгляд на проблему // Педиатрия. 2016. № 6. С. 130–139.
4. Шлыкова О. П., Краснова Е. Е., Чемоданов В. В. Диспластические соединительнотканые нарушения у детей с билиарной дисфункцией // Вопросы практической педиатрии. 2010. Т. 5, № 6. С. 13–18.
5. Арсентьев В. Г., Баранов В. С., Шабалов Н. П. Наследственные заболевания соединительной ткани как конституциональная причина полиорганных нарушений у детей. СПб: СпецЛит, 2015. 231 с.
6. Аббакумова Л. Н. и др. Полиорганные нарушения при дисплазиях соединительной ткани у детей. Алгоритмы диагностики. Тактика ведения. Российские рекомендации // Педиатр. 2016. Т. 7, № 4. С. 5–36.
7. Кильдиярова Р. Р., Бельмер С. В., Хавкин А. И. и др. Реабилитация детей с патологией органов пищеварения // Материалы XXIV Международного Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». Москва, 14–16 марта 2017 г. / Под общей ред. проф. С. В. Бельмера и проф. Л. И. Ильенко. М.: ИД «Медпрактика-М», 2017. С. 208–257.
8. Аббакумова Л. Н. и др. Наследственные и многофакторные нарушения соединительной ткани у детей. Алгоритмы диагностики. Тактика ведения. Российские рекомендации // Педиатр. 2016. Т. 7, № 2. С. 5–39.
9. Чемоданов В. В., Краснова Е. Е. Принципы медицинского сопровождения детей с дисплазией соединительной ткани // Лечащий Врач. 2018. № 11. С. 66–69.

О. П. Шлыкова**, кандидат медицинских наук

*** ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново**

**** ДГ КДЦ, Иваново**

¹ Контактная информация: krasnova_ee@mail.ru

DOI: 10.26295/OS.2019.32.72.008

Основные направления лечения детей с билиарными дисфункциями, ассоциированными с дисплазией соединительной ткани/ Е. Е. Краснова, В. В. Чемоданов, О. П. Шлыкова

Для цитирования: Лечащий врач № 9/2019; Номера страниц в выпуске: 40-43

Теги: дисфункции билиарного тракта, дисплазия соединительной ткани, дети, немедикаментозные воздействия, медикаментозное лечение.

© «Открытые системы», 1992-2019. Все права
защищены.