

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ*

В. П. Булатов

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав.— канд. мед. наук О. И. Пикуза) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Лечение детей с поражением билиарной системы разрабатывалось многими педиатрами [8—11]. Однако в последние годы стало очевидно, что поражения билиарной системы у детей часто сочетаются с заболеваниями гастродуоденальной зоны. Это вызывает необходимость внести соответствующие коррективы в комплекс ранее разработанных терапевтических схем.

При изолированных поражениях билиарной системы, под которыми следует понимать заболевания желчевыводящих путей без вовлечения в патологический процесс гастродуоденальной зоны, терапевтическая тактика должна зависеть от формы холепатий. Так, больным с изолированным хроническим холецистохолангитом назначается постельный режим, длительность которого зависит от выраженности болевого синдрома, симптомов интоксикации, наличия субфебрильной температуры (в среднем 3—5 дней) с последующим переводом больных на полупостельный режим. Эти сроки обусловлены тем, что в горизонтальном положении тела улучшается кровоснабжение органов желудочно-кишечного тракта, снижается внутрипостольное давление и происходит восстановление нарушенного оттока желчи. Однако назначение длительного постельного режима нецелесообразно, так как даже легкая физическая нагрузка способствует оттоку желчи в двенадцатиперстную кишку. Кроме того, продолжительное пребывание ребенка в постели, особенно при отсутствии болевого синдрома, неблагоприятно сказывается на его психике [9].

Важную роль в комплексном лечении больных с поражением билиарной системы играет диета. С первого дня пребывания больных в стационаре назначают стол № 5 или 5а по Певзнеру с ограничением механических и химических раздражителей. Пищу следует принимать 4—5 раз в сутки.

Дети должны получать питание, соответствующее возрастным нормативам. В ряде случаев энергоемкость пищи может быть снижена на 10—15% [7]. Возрастным нормативам должно соответствовать и количество пищевых ингредиентов — белков, жиров и углеводов. Следует подчеркнуть особую важность получения больными достаточного количества белков и жиров, которые стимулируют образование желчных кислот и выделение желчи, а также необходимы для всасывания жирорастворимых витаминов. Особенно важно поступление в организм детей жиров растительного происхождения, которые содержат большое количество полиненасыщенных жирных кислот (арахидоновой, линолевой, линоленовой) и ускоряют желчеотделение [6, 11].

Многие авторы указывают на необходимость введения большого количества жидкости с целью разжижения и усиления оттока желчи. А. М. Запруднов и соавт. [3] рекомендуют включать в диету больных продукты, обладающие естественным желчегонным действием. Л. И. Кравченко и А. И. Иванов [4] указывают, что длительное ограничение продуктов, вызывающих отток желчи, имеет определенное значение в патогенезе поражений билиарной системы. Соблюдение строгой диеты мы рекомендуем и после выписки больных из стационара. Постепенный перевод детей на общий стол разрешается не раньше чем через 2,5—3 года.

В современной литературе существуют разноречивые мнения по поводу применения при воспалительных поражениях билиарной системы антибактериальных препаратов. Большинство авторов считают необходимым при обострении хронического холецистохолангита назначение антибиотиков. В то же время в ряде работ [3, 5] указывается на необходимость пересмотра применения антибиотиков при билиарной патологии ввиду преобладания абактериальных или ферментативных холецистохолангитов. Поэтому детям с обострением хронического холецистохолангита антибактериальные препараты должны назначаться строго индивидуально. Целесообразно их давать в тех случаях, когда в клинической картине заболевания ярко проявляются симптомы интоксикации, имеется субфебрильная температура, выявлены очаги хронической инфекции. Лечение антибактериальными препаратами проводится коротким курсом (7—10 дней) в сочетании с нистатином и биопрепаратами. Вполне оправданно при обострении хронического холецистохолангита использование никодина, который помимо желчегонного эффекта (за счет расщепления в организме на формальдегид и амид никотиновой кислоты) оказывает антибактериальное действие, а также положительно влияет на функции печени. Применение никодина у больных с воспалительными поражениями билиарного тракта приводит к сокращению размеров печени, исчезновению пузырных симптомов, нормализации углеводного обмена, антиоксидантической и протромбинообразовательной функций печени [1, 2].

* Доложено на заседании общества детских врачей ТАССР в январе 1986 г.

В комплексе лечения поражений билиарной системы как воспалительного, так и функционального характера одна из ведущих ролей отводится желчегонным средствам. В последние годы среди желчегонных средств выделяют холеретические препараты, стимулирующие образование печеночной желчи, и холекинетические, способствующие выделению желчи в двенадцатиперстную кишку. В свою очередь препараты, обладающие холеретическим действием, подразделяются на истинные холеретики, которые ускоряют желчеобразование и синтез солей желчных кислот, и гидрохолеретики, которые увеличивают объем выделяемой желчи за счет водного компонента.

Истинными холеретиками являются средства, содержащие желчь или желчные кислоты: хологон, аллохол, холезим, холенци, никодин, фламин, холосас, а также желчегонные травы: кукурузные рыльца, барбарис, пижма, бессмертник, володушка, шиповник и др.

В группу гидрохолеретиков входят препараты валерианы, женьшеня, а также минеральные воды.

К группе холекинетиков относятся препараты, усиливающие сократительную способность желчного пузыря и тем самым улучшающие пассаж желчи или устраняющие спазм сфинктеров желчных путей: сернокислая магнезия, сорбит, маннит, ксилит, холецистокинин. В качестве холеспазмолитиков в клинической практике чаще используются экстракт белладонны, папаверин с платифиллином, но-шпа.

В терапии обострения хронического холецистохолангита выбор желчегонных средств зависит от формы сопутствующего холецистохолангиту нарушения моторики желчевыводящих путей. Назначение никодина обязательно должно сочетаться с холеретиками и холекинетиками. При необходимости в комплекс лечения включаются и спазмолитики: папаверин с платифиллином, но-шпа.

Большое значение в лечении обострения хронического холецистохолангита уделяется «слепому» зондированию с сернокислой магнезией (3,3% раствор в подогретом виде ежедневно в течение 4—5 дней, а затем 2 раза в неделю).

Дифференцированно должно проводиться и физиотерапевтическое лечение. Выбор метода во многом зависит от нарушения моторики желчных путей: при спазме сфинктеров используется СМТ-форез с папаверином, а при гипомоторной форме дискинезии — СМТ-форез с сорбитом. Кроме того, необходимы ультразвуковые, микроволновые и тепловые процедуры (аппликации парафина и озокерита). Парафинотерапия усиливает окислительно-восстановительные процессы в тканях, ускоряет кровоток и экскрецию патологических продуктов. Применение озокерита обусловлено его противовоспалительным, анальгезирующим, рассасывающим действием и нормализующим влиянием на вегетативную нервную систему.

Патогенетическое значение в комплексе лечения больных с обострением хронического холецистохолангита имеют витамины, особенно группы В, массаж и лечебная гимнастика.

В группе детей с дискинезией желчевыводящих путей по гипомоторному типу постельный режим мы назначали крайне редко, только больным с выраженным болевым синдромом и значительным увеличением печени. Больные в стационаре были на диете № 5 по Певзнеру с включением в рацион продуктов, обладающих естественным желчегонным действием. Антибиотики эти больные не получали. Из всего комплекса антибактериальных средств давали лишь никодин в течение 10—14 дней.

Особое значение в лечении дискинезии желчевыводящих путей имеет подбор желчегонных препаратов: при гипомоторной дискинезии мы широко использовали сочетания истинных холеретиков (чаще других холензима) и холекинетиков, прежде всего сернокислой магнезии путем проведения тубажа по Демьянову. При нарушении пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку за счет спазма сфинктера Одди применяли папаверин с платифиллином или но-шпу. После проведения одного или двух курсов лечения желчегонными препаратами мы предписывали больным желчегонные травы (кукурузные рыльца, бессмертник, пижма и др.), которые способствуют улучшению пассажа желчи в кишечник. Из физиотерапевтических процедур при гипомоторной форме дискинезии в остром периоде заболевания эффективны аппликации парафина и озокерита, СМТ-форез с сорбитом, электрофорез с сернокислой магнезией. Были также широко использованы витаминотерапия, массаж и лечебная гимнастика.

Дифференцированно следует подходить и к лечению больных с дискинезией желчевыводящих путей по гипермоторному типу. Детям этой группы постельный режим не назначали. Они получали диету № 5 по Певзнеру с ограничением механических и химических раздражителей и жиров прежде всего животного происхождения.

В лечении гипермоторной формы дискинезии широко применяли желчегонные препараты из ряда истинных холеретиков, которые стимулируют секреторный и фильтрационный этапы желчеобразования (холензим, холосас, фламин, аллохол). При необходимости в комплекс включали холеспазмолитики (папаверин с платифиллином, но-шпу), затем постепенно переходили с желчегонных препаратов на желчегонные травы. С учетом частых нарушений функций вегетативной нервной системы широко использовали препараты брома, валерианы, триоксазин, рудотель. Фенобарбитал применяли прежде всего в расчете на его стимулирующее действие, направленное на секрецию желчи, обмен билирубина, экскрецию с желчью токсичных веществ.

Из физиотерапевтических мероприятий предпочитали аппликации парафина и озокерита, СМТ-форез с папаверином, ультразвук. Обязательными были витамины, массаж, ЛФК.

Необходимо дифференцированно подходить к назначению больным минеральных вод. Следует учитывать не только форму поражения билиарной системы, но и состояние верхних

отделов пищеварительного тракта. Минеральные воды (Ессентуки № 4 и 17, Боржоми, Славянская, Арзни, Шифалы-Су) назначали из расчета 3 мл на 1 кг массы тела.

При гипомоторной форме дискинезии употребляют минеральные воды средней минерализации и комнатной температуры (по 100—150 мл 2—3 раза в день), при гипермоторной дискинезии — низкой минерализации, в подогретом виде, без газа (по 40—50 мл 4—5 раз в день).

После выписки из стационара рекомендуется дальнейшее амбулаторное лечение в условиях реабилитационного отделения детского объединения, которое заключается в назначении физиотерапевтических процедур, ЛФК, массажа, а также желчегонных препаратов, трав, минеральных вод. Длительность диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими обострение хронического холецистохолангита, составляет 3 года, а после дискинезии — 1,5 года.

Противорецидивное лечение мы проводим в осенний и весенний периоды двухмесячными циклами: в течение первых 10 дней каждого месяца даем желчегонные препараты в зависимости от формы поражения билиарной системы, а при хроническом холецистохолангите — и никодин. В течение последующих 20 дней каждого месяца дети должны получать желчегонные травы и минеральные воды. Кроме того, следует строго соблюдать диету. Осенне-весенние курсы противорецидивного лечения больных позволяют значительно снизить число рецидивов заболевания.

По-инному осуществляется лечение детей с дуоденобилиарным синдромом. Таких больных мы переводим на постельный режим сроком на 5—10 дней. Полупостельный режим разрешаем только после купирования болевого синдрома.

Большую роль в комплексном лечении дуоденобилиарного синдрома играет диетотерапия. Всем больным с учетом антацидного действия пищи количество ее приемов увеличивали до 5—6 раз в сутки. Применяли лечебные столы №№ 1, 1а, 1б. В целях механического, термического и химического щажения слизистой верхних отделов пищеварительного тракта в первые дни назначали стол № 1а сроком на 3—5 дней, а затем стол № 1б на 14 дней. После купирования болевого синдрома и исчезновения болезненности при пальпации больные получали стол № 1, которого придерживались и после выписки из стационара в течение 6 мес. Через полгода в домашних условиях разрешали постепенный переход на стол № 5, а затем при хорошей переносимости и отсутствии диспепсических явлений рекомендовали физиологическое питание.

Основой комплексного лечения дуоденобилиарного синдрома является антацидная терапия. Мы назначали чаще неадсорбируемые препараты: алмагель или фосфалюгель с гастрофармом, которые помимо антацидного действия активизируют процессы репарации слизистой оболочки пищеварительного тракта. Применялись также средства местного действия, в частности викалин, особенно у больных с высокой кислотностью и склонностью к запорам.

При выраженном болевом синдроме показаны спазмолитические препараты: белладонна, беллоид, папаверин с платифиллином, но-шпа. В ряде случаев (при наличии у больных высокой кислотности и болевого синдрома) больные получали метацин в течение 4—5 дней. При сочетании болевого синдрома и выраженных диспепсических явлений в комплекс лечения включали реглан (церукал), который снимает спазм и стимулирует моторику пищеварительного тракта. Назначали витамины группы В, а также витамин U как противозвонный фактор.

Существенное место в комплексном лечении дуоденобилиарного синдрома занимают физиотерапевтические процедуры, которые должны применяться с осторожностью: в первые дни — электрофорез с новокаином или папаверином, в дальнейшем аппликации парафина и озокерита, микроволновая терапия, ультразвук, который вызывает микромассаж тканей и усиливает обменные процессы.

При лечении дуоденобилиарного синдрома широко пользовались и ферментативными препаратами: полизимом, панзинормом, фесталом.

Лечение сопутствующей патологии желчевыводящих путей и изолированных поражений билиарной системы существенно не различалось.

Таким образом, этиотропное, патогенетическое, этапное лечение гастроэнтерологических больных, проводимое с учетом формы поражения билиарной системы и состояния гастродуоденальной зоны, позволяет не только снизить частоту рецидивов заболеваний, но и предотвратить хронизацию процесса и развитие тяжелых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкая Л. Е. // Мед. журн. Узбекистана. — 1961. — № 5. — С. 58—60. — 2. Давидович Л. Н. // Врач. дело. — 1961. — № 6. — С. 47—50. — 3. Запруднов А. М., Мазурин А. В., Филин В. А. // Вопр. охр. мат. — 1977. — № 9. — С. 41—48. — 4. Кравченко Л. И., Иванов А. И. // Там же. — 1978. — № 11. — С. 7. — 5. Куршин М. А. // Педиатрия. — 1981. — № 9. — С. 57—58. — 6. Лукьянова Е. М. // В кн.: Детская гастроэнтерология. Под ред. Е. М. Лукьяновой. — Киев. — 1978. — 7. Мазурин А. В., Запруднов А. М. // Болезни органов пищеварения. — Руководство для врачей под ред. А. В. Мазурина. — М., Медицина, 1984. — 8. Маслов М. С. // Болезни печени и желчных путей у детей. — Л., Медгиз, 1951. — 9. Смышляева А. Ф. // Заболевания желчного пузыря и желчных путей у детей. — М., Медгиз, 1957. — 10. Студеникин М. Я. // Особенности болезней желчных путей у детей и тактика их лечения. — Автореф. докт. дисс. М., 1966. — 11. Шабалов Н. П. // Детские болезни. Под ред. А. Ф. Тура и О. Ф. Тарасова. М., Медицина, 1979.