



Професор В.М. Сидельников

XIV Сидельниковские чтения

Современный взгляд на диагностику и терапию функциональных расстройств желчевыводящей системы у детей

Среди заболеваний органов пищеварения, распространенность которых у детей в последние годы неуклонно растет во всем мире, существенное место занимает патология билиарной системы, в основе которой чаще лежит дисфункция желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчевыводящих путей. Проблема лечения и диагностики функциональных нарушений билиарного тракта был посвящен доклад руководителя отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности «Детская гастроэнтерология», доктора медицинских наук, профессора **Олега Геннадиевича Шадрин**, который прозвучал в рамках XIV Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии», посвященной памяти выдающегося украинского ученого-педиатра, члена-корреспондента НАН, АМН Украины, РАМН, профессора **Виктора Михайловича Сидельникова**.

— В условиях бурного социально-экономического развития общества все чаще возникают проблемы адаптации к новым мощным негативным факторам окружающей среды, продуктам питания, содержащим эмульгаторы, консерванты и генетически модифицированные организмы. Как следствие, повышается частота развития функциональных расстройств билиарного тракта.

Нарушение гуморальной регуляции (выработки гастроинтестинальных гормонов, нейромедиаторов, γ -аминомасляной кислоты, соматостатина и эндогенных опиатов), наследственная предрасположенность, психосоциальные факторы могут приводить к дисфункции желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчевыводящих путей и вызвать комплекс клинических симптомов, свидетельствующих о расстройствах билиарной системы.

Согласно III Римскому консенсусу по функциональным расстройствам органов пищеварения (2006) дисфункция желчного пузыря у взрослых определяется как комплекс функциональных нарушений продолжительностью свыше трех месяцев, основным клиническим симптомом которых является боль в животе с локализацией в правом подреберье.

Болевой синдром характеризуется многообразием проявлений — от постоянных, длительных до приступообразных. Сопутствующими симптомами являются тошнота, рвота и нарушение стула. У таких больных отмечаются повышенное беспокойство и психоэмоциональные нарушения. Диагностические критерии дисфункции сфинктера Одди определены как комплекс функциональных расстройств продолжительностью свыше трех месяцев, основными клиническими признаками которых являются рецидивирующие приступы сильной или умеренной боли продолжительностью 20 и более минут, локализуемой в эпигастрии или правом подреберье (билиарный тип); возникающей в левом подреберье и уменьшающейся при наклоне вперед (панкреатический тип); опоясывающей (сочетанный тип). Боль может развиваться после приема пищи, в ночное время, сочетаться с тошнотой и рвотой. Дисфункция билиарного тракта сопровождается нарушением процесса пищеварения, моторной функции желудочно-кишечного тракта и возникновением дисбиоза. Различают первичные и вторичные функциональные расстройства билиарного тракта. К первичным относятся заболевания, в основе которых лежат нарушения функционирования желчевыводящей системы на фоне расстройств нейрогуморальных

регуляторных механизмов, приводящих к нарушению оттока желчи и/или панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку при отсутствии органических препятствий. Вторичные дискинезии билиарного тракта сочетаются с органическими изменениями желчного пузыря, сфинктера Одди или заболеваниями органов брюшной полости. У детей с преобладанием тонууса симпатической нервной системы чаще наблюдаются гипомоторные дисфункции, с преобладанием парасимпатической — гипермоторные.

Для диагностики заболеваний билиарного тракта используются скрининговые (функциональные пробы печени, определение уровня панкреатических ферментов в крови и моче, ультрасонография, эзофагогастродуоденоскопия) и уточняющие (ультразвуковое исследование с оценкой функции желчного пузыря и сфинктера Одди, эндоскопическая ретрохолангиопанкреатография с манометрией сфинктера Одди, гепатобилисцинтиграфия, медикаментозные тесты с холецистокином) методы исследования. Последние являются инвазивными и поэтому не нашли широкого применения в педиатрической практике.

Лечение функциональных расстройств желчевыводящей системы включает диетотерапию, устранение причинного фактора, медикаментозную терапию и лечебную физкультуру.

Как известно, в основе функциональных расстройств билиарного тракта лежит спазм клеток гладкой мускулатуры. Данное состояние возникает при изменении соотношения влияния парасимпатической и симпатической нервной системы на двигательную функцию желудочно-кишечного тракта, а также при нарушении баланса нейротрансмиттеров и регуляторных пептидов (холецистокинина, серотонина, эндорфинов, мотилина и др.).

В настоящее время существует большое количество релаксантов гладкой мускулатуры (антидепрессанты, анксиолитики, антагонисты серотониновых рецепторов, антагонисты холецистокинина, антагонисты каппа-опиатных агонистов и другие), однако в педиатрической практике для устранения болевого синдрома, вызванного гладкомышечным спазмом, могут использоваться только М-холиноблокаторы и миотропные спазмолитики.

Неселективные М-холиноблокаторы действуют на все типы М-холинорецепторов, в том числе расположенные в сердце, легких и центральной нервной системе. Поэтому целесообразным, особенно в педиатрической практике, является назначение



О.Г. Шадрин

селективных М-холиноблокаторов, что позволяет эффективно воздействовать на определенные органы и системы, минимизируя такие побочные реакции, как мидриаз, тахикардия, сухость во рту.

Наиболее ярким представителем селективных М-холиноблокаторов является прифиния бромид (Риабал). Этот препарат противодействует патологически высокой активности парасимпатической системы и снижает тонус гладких мышц в пищеварительном тракте и мочевыводительных путях.

Показаниями к использованию Риабала являются спастические боли в кишечнике, обусловленные функциональными расстройствами, дискинезия желчевыводящих путей, холецистит, острый и хронический гастрит, острый и хронический панкреатит, острый и хронический энтерит, симптоматическая терапия язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, мочекаменная болезнь, осложненная почечной коликой, циститы.

Препарат выпускается в трех формах — таблетки, сироп, раствор для инъекций, что позволяет применять его у пациентов всех возрастных групп. Наличие в упаковке специальной дозирующей пипетки способствует точному дозированию Риабала, что обеспечивает эффективность и безопасность лечения детей раннего возраста. Дозировка препарата зависит от возраста пациента.

Так, детям до 3 мес Риабал назначается по 1 мл каждые 6-8 ч, от 3 до 6 мес — по 1-2 мл каждые 6-8 ч, от 6 до 12 мес — по 2 мл каждые 6-8 ч, от 1 года до 2 лет — по 5 мл каждые 6-8 ч, от 2 до 6 лет — 5-10 мл каждые 6-8 ч.

На базе нашего отделения было проведено исследование влияния Риабала на функциональные расстройства билиарного тракта. В испытании участвовали дети в возрасте от 2 мес до 1,5 года. Продолжительность наблюдения составила 2 нед. Для постановки диагноза пациентам выполнялись все необходимые лабораторные и инструментальные исследования. При проведении УЗИ с желчегонным завтраком пациентам назначался Риабал в возрастной дозировке. Результаты наблюдения объективно свидетельствуют об эффективности прифиния бромида в снятии спазма гладкой мускулатуры желчного пузыря и сфинктера Одди.

Таким образом, Риабал может быть препаратом выбора в лечении функциональных нарушений билиарного тракта.

Подготовила **Анастасия Лазаренко**

