КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА КАК НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

© Мандров Сергей Иванович, Жданова Людмила Алексеевна, Виноградова Ирина Сергеевна, Ларюшкина Раиса Матвеевна, Рупасова Татьяна Ивановна

Ивановская государственная медицинская академия. 153000, Иваново, Шереметьевский проспект, д. 8

E-mail: kafedrak@mail.ru

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; билиарный сладж; клинические проявления; дети

ВЕДЕНИЕ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) прочно утвердилась среди заболеваний желудочно-кишечного тракта и стала выявляться у детей всех возрастов. Рост количества ЖКБ обусловлен не только совершенствованием диагностики, но и изменением причиннозначимых факторов, способствующих формированию холелитиаза.

Для педиатров наибольшее значение имеет начальная стадия заболевания, или билиарный сладж, который на III съезде гастроэнтерологов России отнесен к первой — начальной стадии ЖКБ. Представляет определенные трудности проблема ранней диагностики и, следовательно, своевременной терапии билиарного сладжа (БС), что обусловлено полиморфизмом его клинических проявлений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уточнить характер и выраженность клинико-патогенетических признаков различных форм билиарного сладжа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 93 детей с начальной стадией ЖКБ, находившихся в БУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации» в возрасте 11–16 лет. Группу контроля составили 60 детей с дисфункцией желчного пузыря и сфинктерного аппарата. Диагноз желчнокаменной болезни был верифицирован у всех включенных в исследование по данным ультразвукового исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что наиболее часто БС встречался в форме эхонеоднородной желчи с наличием сгустков (41,94%) и взвеси гиперэхогенных частиц (ВГЧ) — (35,48%), значительно реже в форме замазкообразной желчи (ЗЖ).

БС в форме ВГЧ выявляется преимущественно у мальчиков, в51,52% случаев протекает на фоне неизмененной стенки желчного пузыря (ЖП). Болевой синдром в виде сжимающих, непродолжительных болей с отсутствием зоны локализации, без распространения, возникающих в дневное время, вследствие эмоционального напряжения и уменьшающихся после отдыха; повышение антиоксидантной защиты как компенсаторной реакции на развивающийся окислительный стресс. Отражением начала воспалительного процесса в ЖП служит появление связи антиоксидантной активности (АОА) с диспептическими проявлениями: отрыжкой, изжогой, послаблением стула, повышением ситуативной и личностной тревожности, гиперэхогенностью ткани поджелудочной железы (ПЖ).

Формирование БС в форме ВГЧ сопровождается микроэкологическими нарушениями в ЖКТ, поскольку увеличение концентрации уксусной (С2) и снижение пропионовой (С3), масляной (С4) и изовалериановой (iС5) кислоты свидетельствуют об угнетении анаэробной флоры и гиперколонизации кишечника условно-патогенной и патогенной аэробной микрофлорой, проявляется диспепсией в виде рвоты, отрыжки, изжоги.

БС в виде ЭЖС в 61,5% случаев протекает на фоне утолщения стенки ЖП. Болевой синдром отличается наличием сжимающих и тупых, непродолжительных болей без характерной зоны локализации, нередко опоясывающего ха-

рактера, сопровождающихся нарушениями стула в виде поноса или запора, возникающих вдневное время, провоцируемых нарушениями в питании. У детей отмечались высокая ситуативная тревожность и повышение антиоксидантной защиты, а показатели АОА имели прямую взаимосвязь с диспептическими проявлениями: изжогой, рвотой, склонностью к запорам, толщиной стенки ЖП.

Выраженное увеличение общего уровня летучих жирных кислот, снижение концентрации С4 и iС5 являются отражением гиперколонизации слизистых оболочек преимущественно анаэробной условно-патогенной флорой и снижения системной протеолитической активности. У детей с ЭЖС усиливаются связи летучих жирных кислот с диспепсическими явлениями, уплотнением стенки ЖП и гиперэхогенностью ткани ПЖ.

БС в форме ЗЖ чаще выявлялся у девочек, в 61,9% случаев протекал на фоне аномалий развития ЖП, в 71,4% — утолщения его стенки и в 57,1% — структурных изменений паренхимы ПЖ. Для данной формы билиарного сладжа характерен выраженный болевой синдром в виде ноющих, тупых болей с локализацией в области правого подреберья, продолжительного характера, с распространением в правое плечо, лопатку, сопровождающихся тошнотой, горечью во рту, изжогой, метеоризмом, запором, которые возникают в любое время суток и купируются спазмолитическими препаратами. У детей отмечается высокая личностная и ситуативная тревожность. Высокий уровень перекисного окисления липидов, сочетающийся с истощением антиоксидантной защиты, свидетельствует о выраженном характере воспалительного процесса в ЖП. Снижение антиоксидантной защиты сопровождается увеличением связи с выраженностью и частотой болевого синдрома, диспепсическими проявлениями, увеличением толщины стенки ЖП, гиперэхогенностью ткани ПЖ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявление особенностей клинической картины наиболее часто встречаемых форм билиарного сладжа позволит верифицировать желчнокаменную болезнь на начальной ее стадии, а применение адекватной терапии может предотвратить переход заболевания в стадию формирования желчных камней.