

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней
с курсом ПО

Зав. кафедрой: д.м.н, доцент Галактионова М.Ю.

Реферат

На тему: «Дискинезия желчевыводящих путей у детей»

Выполнил: ординатор Саликова А.В.

Проверил: д.м.н. доцент Галактионова М.Ю.

5 (отмет)

М.Ю. Галактионова

2017

Содержание

Введение.....	3
Этиология и патогенез ДЖВП.....	3
Клиническая картина ДЖВП в зависимости от формы.....	4
Диагностика ДЖВП.....	6
Лечение.....	8
Дифференциальная диагностика.....	9
Выводы.....	11
Литература.....	12

Введение

Дискинезия желчевыводящих путей — расстройство сократительной функции желчевыводящей системы, главным образом желчного пузыря и внепеченочных желчных путей, приводящее к нарушению желчевыделения.

Выделяют два основных типа дискинезии: гипомоторный (гипокинетический, гипотонический) и гипермоторный (гиперкинетический, гипертонический).

Чаще встречается гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей, при которой наблюдается снижение эвакуаторной функции желчного пузыря, что приводит к его растяжению и застою желчи. Проявляется снижение функции желчного пузыря относительно постоянными умеренными болями в правом подреберье, несколько уменьшающимися после приема пищи.

При гипермоторной дискинезии боли в правом подреберье интенсивные, носят приступообразный характер. Возникновение болей обычно связано с погрешностью в диете, приемом алкоголя, эмоциональным перенапряжением.

При диагностике важно установить форму дискинезии, а также определить наличие или отсутствие сопутствующего холецистита. Форму дискинезии устанавливают на основании особенностей проявления заболевания. Немаловажную роль играют результаты ультразвукового исследования. Применяют также дуоденальное зондирование

Этиология и патогенез ДЖВП

Выделяют следующие факторы, приводящие к дискинезии желчевыводящих путей (ЖП):

- нейроциркуляторная дисфункция различного генеза;
- перенесенный острый вирусный гепатит;
- конституционные особенности ребенка с вегетативной дистонией и малоподвижный образ жизни;
- неврозы;
- пищевая аллергия, атопический диатез;
- любая хроническая патология желудочно-кишечного тракта (особенно воспалительная);
- паразитозы желудочно-кишечного тракта, особенно лямблиоз;
- наследственная предрасположенность, хотя она вероятно все же чаще сводится к семейным особенностям образа жизни, в частности, питания;
- хронические очаги инфекции в организме (ЛОР-патология и др.);
- отравления, экопатология, длительное злоупотребление в питании продуктами промышленного консервирования;
- эндокринные заболевания (ожирение, тиреотоксикоз, сахарный диабет).

В. А. Галкин (1996) пишет: представление о дискинезиях желчного пузыря как чисто функциональных расстройствах в настоящее время пересматривается. Не только при гипомоторных, но и при гипермоторных формах дискинезии имеют место органические изменения на уровне гепатоцита, что является своего рода первичным фактором, способствующим нарушению деятельности не только внутри-, но и внепеченочных желчных путей, включая желчный пузырь. Эта патология представляет собой определенный тип холестаза. Однако не исключается роль вегетососудистой (нейроциркуляторной) дистонии в развитии дискинезии билиарной системы. Итак, два основных фактора приводят к расстройству моторики ЖП:

1. нарушение функционального состояния гепатоцита и отсюда — дисхолия (изменение состава желчи);

Рецензия на реферат

2. нарушения неврогенной регуляции мышечной стенки ЖП как центрального (нейроциркуляторная дисфункция, неврозы), так и периферического (при патологии желудочно-кишечного тракта по типу висцеро-висцеральных рефлексов с интероцепторов) генеза.

В то же время установлено, что к дискинезиям ЖП может привести и нарушение секреции энтеральных гормонов (холецистокинин, мотилин и др.) при хронической патологии двенадцатиперстной и тонкой кишок, а также ахилдопатии. Нарушение ритмики поступления желчи в кишечник уменьшает бактерицидные свойства верхних отделов желудочно-кишечного тракта, ведет к дисбактериозам, дискинезиям кишечника. Длительно текущая дискинезия, вызывая застой и инфицирование желчи, заброс кишечного содержимого в желчный пузырь (рефлюкс), приводит к холециститу. При преобладании тонуса симпатического отдела нервной системы у больного характерны гипотонические дискинезии (80% всех дискинезий), при парасимпатикотонии — гипертонические.

Клиническая картина ДЖВП в зависимости от формы

Клинические проявления билиарной дискинезии обусловлены нарушениями двигательной функции желчевыводящих путей, которые на основании жалоб, анамнеза и данных объективного обследования больных можно разделить на местные и общие симптомы.

Гипертонически-гиперкинетическая форма дискинезии желчных путей наблюдается чаще у лиц с ваготонией и характеризуется периодически возникающей острой коликообразной, иногда весьма интенсивной болью в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, плечо (напоминает печеночную колику) или, наоборот, в левую половину грудной клетки, область сердца (напоминает приступ стенокардии).

Кардиальные проявления при заболеваниях желчного пузыря были описаны С.П. Боткиным как пузырно-кардиальный рефлекс (симптом Боткина). Боль, как правило, возникает внезапно, повторяется несколько раз в сутки, носит кратковременный характер, не сопровождается повышением температуры тела, увеличением СОЭ и лейкоцитозом. Иногда приступы сопровождаются тошнотой, рвотой, нарушением функции кишечника. Возможно возникновение у таких больных вазомоторного и нейровегетативного синдромов: потливость, тахикардия, гипотония, ощущение слабости, головная боль.

Возникновение приступов боли в правом подреберье больные связывают не столько с погрешностями в еде, сколько с психоэмоциональным перенапряжением. Болевой синдром при гиперкинетической форме дискинезии желчных путей является следствием внезапного повышения давления в желчном пузыре, который сокращается при остро возникшей гипертонии сфинктеров Люткенса или Одди.

Большинство больных отмечают повышенную раздражительность, утомляемость, перепады настроения, нарушение сна, появление болевых ощущений в области сердца, приступов сердцебиения.

При осмотре больных кожа не изменена; подкожный жировой слой выражен нормально, нередко даже увеличен. Пальпаторно иногда отмечается болезненность (положительный симптом Захарьина) в области проекции желчного пузыря - зоне Шоффара (в месте пересечения нижнего края печени с наружным краем правой прямой мышцы брюшной стенки). Иногда могут быть положительными симптомы Василенко, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского справа, правый френикус-симптом. Зоны кожной гиперестезии Захарьина-Геда в большинстве случаев отсутствуют.

Вне периода обострения при пальпации живота отмечается незначительная болезненность в области проекции желчного пузыря и подложечной области. Болевые точки, характерные для хронического холецистита, выражены нерезко или отсутствуют. Возможны

функциональные изменения других органов пищеварения (гипогастремия, гипоклистерия желудка, дуоденостаз, гипо- и гиперклизмия толстой кишки), сердечно-сосудистой и эндокринной систем. В межприступный период иногда сохраняется чувство тяжести в правом подреберье. Боли обычно усиливаются после психоэмоциональных перегрузок, в период менструации, после физических нагрузок, употребления острых и холодных блюд.

Гипотонически-спазмолитическая форма дискинезии желчных путей наблюдается чаще у лиц с преобладанием тонуса симпатической части вегетативной нервной системы. Характеризуется чувством распирания и постоянной тугой, ноющей болью в правом подреберье без четкой локализации, которая усиливается после чрезмерных психоэмоциональных стрессов, а иногда и приема пищи. Болезнен синдром при гипоклизии обусловлен преимущественным растяжением инфундулярной части желчного пузыря. Этому способствует выделение антихолинэстеразы, избыточное количество которой значительно стимулирует образование в двенадцатиперстной кишке холецистокинина. Стимуляция синтеза холецистокинина, являющегося холинэргическим агентом, еще более замедляет двигательную функцию желчного пузыря.

Больные часто предъявляют жалобы на плохой аппетит, отрыжку, тошноту, горький вкус во рту, вздутие живота, запор (реже понос). Пальпаторно определяется незначительная болезненность при глубокой пальпации в зоне Шоффара.

Дискинезия желчных путей может протекать латентно и с менее выраженными местными клиническими симптомами при наличии общих неврологических симптомов. На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра можно поставить предварительный диагноз. Для установления окончательного диагноза необходимо проведение ряда лабораторных и инструментальных методов исследования.

Гипотонически-гиперклизмическая форма дискинезии желчевыводящих путей

Известно, что очень часто биллиарные дискинезии, особенно вторичные, протекают с дилатированным желчным пузырем на фоне спазма сфинктера Одди. Наиболее часто это встречается при повышенном тонусе парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и высокого кислотообразования в желудке. Это больные:

1. конституциональные гипотоники;
2. неязвенной диспепсией;
3. гастритом типа В - хроническим первичным гастродуоденитом (предъявленное состояние);
4. пептической язвой;
5. хроническим рецидивирующим панкреатитом;
6. черепно-мозговой травмой.

При всех этих заболеваниях, особенно при пептической язве, имеет место спазм сфинктера Одди, поскольку язвенная болезнь является ярким представителем заболевания сфинктеров (приаптического жема и сфинктера Одди). Известно также, что повышенное закисление двенадцатиперстной кишки способствует спазму сфинктера Одди, а противокислотные препараты (антациды, H₂-гистаминоблокаторы, ингибиторы H⁺/K⁺-АТФазы) опосредованно способствуют снятию спазма сфинктера Одди.

При наличии спазма сфинктера Одди возникает застой желчи в желчном пузыре, а через определенное время - его дилатация. Назначение и длительный прием мощных спазмолитиков (папаверин, но-шпа) и неселективных M-холинолитиков (атропин, платифиллин, метацин) усугубляют гипомоторную дискинезию желчного пузыря. Особенно это касается пептической язвы, поскольку еще до недавнего времени больные язвенной болезнью получали курсы лечения, состоящие из мощных спазмолитиков и неселективных M-холинолитиков. Еще более усугубляет дилатацию желчного пузыря и застой в нем желчи назначение H-холинолитиков - ганглиоблокаторов (бензогексония, пирилена, ганглерона).

которые в настоящее время практически не применяются. Этот фактор нужно отнести как весьма позитивный момент в лечении больных пептической язвой.

Больные при наличии застойного желчного пузыря со спазмом сфинктера Одди, имеют свои особенности патогенеза, клиники, диагностики и лечения по сравнению с ранее описанными формами дискинезии. Они обычно жалуются на тяжесть и тянущие боли в правом подреберье, сухость во рту, запоры (чаще овечий стул), неустойчивость настроения, раздражительность, утомляемость. Последние жалобы особенно выражены при наличии их и при основном заболевании.

При осмотре определяется фестончатый язык (отпечатки зубов), что свидетельствует о застое желчи в желчном пузыре. При пальпации, как обычно, имеет место чувствительность в зоне Шоффара (положительный симптом Захарьина), иногда удается пропальпировать увеличенный желчный пузырь. Непременно бывает положительный симптом Мюсси-Георгиевского и френикус - справа. При пальпации определяются спазмированные, умеренно болезненные отрезки толстой кишки, и тугое заполнение каловыми массами сигмовидной кишки.

Больные с гипомоторно-гиперкинетической формой дискинезии очень трудно поддаются дуоденальному зондированию поскольку у них зачастую плохо раскрывается сфинктер Одди. Поэтому их необходимо очень тщательно готовить за сутки до исследования и непосредственно перед дуоденальным зондированием. В течение дня за сутки до проведения зондирования больные обязательно должны принимать спазмолитические средства, преимущественно, не миогенные спазмолитики (но-шпа, галидор), а препараты спазмолитического действия, обладающие селективным расслабляющим действием на сфинктер Одди и не влияющие на расслабление мышц желчного пузыря. Перед сном больной должен принять двойную дозу бускопана (20 мг) или гастроцепина (100 мг) и 50-100 г меда с чаем, желательно зеленым.

Диагностика ДЖВП

Диагностика основана на анализе жалоб, данных осмотра и результатов дополнительных методов исследований. Ценным диагностическим методом при данной патологии является ультразвуковое исследование. УЗИ позволяет выявить характер двигательных нарушений желчного пузыря, диагностировать аномалии желчевыводящих путей (перегиб, перекрут и др.). Очень часто именно такие особенности строения желчных путей или желчного пузыря и являются непосредственной причиной дискинезий.

Желательно провести ребенку фракционное дуоденальное зондирование. Изменение показателей в различных порциях желчи зависят от типа дискинезии. В большинстве случаев при микроскопии желчи обнаруживают нарушение коллоидного равновесия желчи (увеличение количества кристаллов холестерина, кальция билирубината). Очень часто у детей в желчи находят паразитов – вегетативные формы лямблий, яйца опистархисов, личинки *Stroingyloides stercoralis* и др. Рентгенконтрастные исследования желчевыводящей системы у детей проводятся редко и только по строгим показаниям.

Опорные признаки:

1) боли в правом подреберье и (или) около пупка, кратковременные, приступообразные, иногда иррадиирующие в правое плечо (при гипертоническом типе) или постоянные, ноющие (при гипотоническом типе);

2) диспептические явления: снижение аппетита, отрыжка, тошнота, горечь во рту, вздутие живота и периодические расстройства стула (при гипертоническом типе) или запоры (при гипотоническом);

3) положительные пузырьные симптомы, появление или усиление боли при:
· пальпации в области проекции желчного пузыря (симптом Кера);

- перкуссии в области проекции желчного пузыря (симптом Лекэне);
- пальпации в области желчного пузыря при вдохе и втянутом животе, когда больной внезапно прерывает вдох (симптом Мерфи);
- поколачивании по реберной дуге справа (симптом Грекова-Ортнера);
- пальпации и перкуссии в эпигастральной области, особенно на высоте вдоха;
- пальпации в холедохо-панкреатической зоне Шоффара, расположенной справа и несколько вверх от пупка.

Факультативные признаки:

- 1) изменение функций центральной и вегетативной нервной системы (головная боль, утомляемость, раздражительность, патологический дермографизм, дистальный гипергидроз);
- 2) изменение функции сердечно-сосудистой системы в виде:
 - тахи- или брадикардии;
 - экстрасистолии;
 - приглушенности тонов сердца;
 - систолического шума функционального характера;
 - пароксизмальной тахикардии со склонностью к повышению АД (при гипертоническом типе ДЖВП);
 - синдрома слабости синусового узла и снижения АД (при гипотоническом типе ДЖВП).

Лабораторные и инструментальные методы исследования

Основные методы:

- общие анализы крови и мочи (норма);
- УЗИ желчевыводящих путей;
- фракционное дуоденальное зондирование (при отсутствии аппарата УЗИ), где выделяют 5 фаз, каждая из которых имеет определенную продолжительность во времени.
 - 1-я фаза - продолжительность выделения желчи из двенадцатиперстной кишки, состоящей из дуоденального сока, желчи из общего желчного протока и примеси панкреатического сока. Длительность фазы - 10-20 мин.
 - 2-я фаза - время закрытия сфинктера Одди после введения в двенадцатиперстную кишку сернокислой магнезии или других желчегонных средств (4-8 мин). Если сфинктер Одди зияет, то желчь истекает сразу в двенадцатиперстную кишку, при спазме желчь отсутствует более 8 мин (гипертонус сфинктера Одди).
 - 3-я фаза - время появления светлой желчи из общего желчного протока до появления пузырной желчи (3-6 мин). При гипотонии желчных путей время удлиняется.
 - 4-я фаза - выделение пузырной желчи темного цвета (20-30 мин). При гипотонии желчного пузыря этот период удлиняется более 30 мин.
 - 5-я фаза - выделение желчи (светлого цвета) из печеночных протоков. Время не указывается, так как желчь выделяется постоянно в течение суток;
- химический, физический, бактериологический анализы желчи (нет признаков воспаления).

Дополнительные методы:

определение в крови уровня билирубина, ферментов (аланинаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы), тепловизионный метод.

Этапы обследования

В поликлинике:

общие анализы крови и мочи;
 УЗИ желчевыводящих путей; д
 уodenальное зондирование;
 химический, физический и бактериологический анализ желчи;
 биохимический анализ крови (белок и его фракции, СРБ, сывороточная кислота, билирубин, АлАТ, АсАТ, ЛДГ).

Лечение

При дискинезиях желчевыводящих путей назначается диетотерапия в рамках диетического стола N5. Учитывая роль рефлекторных воздействий в генезе ДЖВП важную роль играет организация рационального режима, достаточный сон, ограничение психоэмоциональных перегрузок и стрессовых воздействий.

Принципы терапии ДЖВП с учетом варианта дискинезии желчного пузыря представлены в таблице 1.

Таблица 1. Принципы дифференцированной терапии ДЖВП

Гиперкинетическая дискинезия ДЖВП	Гипокинетическая дискинезия ДЖВП
1. Седативная терапия: натрия бромид, персен, настойка валерианы, седуксен, тазенан и другие транквилизаторы	1. Тонизирующая терапия: экстракт яблони, женьшень, пантокрин, элеутерококк
2. Холеретики: конвафлавин, холезим, инкодин, океафенамид, аллохол, берберин и др.	2. Холекинетики: магния сульфат, сорбит, кендиг, маннит, сырой яичный желток, растительные масла
3. Гидрохолеретики: уротропин, салциловой натрий, минеральные воды низкой минерализации (Смирновская, Славяновская, Ессентуки N4 и N20) 3 мл/кг массы в сутки	3. Гидрохолеретики: минеральные воды высокой минерализации: Ессентуки 17, Нафтуся, Арзни, Баталинская, газированные в холодном виде.
4. Физиотерапия: тепловые процедуры: парафиновые и озокеритовые аппликации, диа и индуктотермия, электрофорез папаверина, платифиллина, дибазола	4. Физиотерапия: фарадизация правого диафрагмального нерва, гальванизация желчного пузыря, диадинамотерапия
4. Лекарственные травы: обыкновенный, бессмертник, рыльца, мята перечная	Лекарственные травы с холекинетиическим действием: рябина обыкновенная, цветки ромашки, трава золототысячника и сборы из них

С самых первых дней лечения проводится коррекция состояния вегетативной нервной системы. При гипертоническом и гиперкинетическом типе ДЖВП назначают седативные средства: бромиды, настой валерианы, пустырника. При гипотоническом и гипокинетическом типе ДЖВП используют тонизирующие препараты: экстракт элеутерококка, левзея, настойку жень-шеня, аралии, лимонника.

Антибактериальная терапия при данной патологии не показана. При назначении химиопрепаратов в связи с другим сопутствующим заболеванием необходимо учитывать возможное неблагоприятное влияние этих медикаментов на функцию желчевыводящей системы. При выявлении лямблиоза или другой глистной инвазии обязательно проводят антигельминтную терапию.

Особая роль принадлежит желчегонным средствам. По своему механизму действия их подразделяют на холеретики (усиливают образование желчи) и холекинетики (способствуют выделению желчи из пузыря в просвет кишечника).

К холеретикам относят:

аллохол, холензим, холецин, лиобил и другие препараты с желчными кислотами; никодин, оксафенамид, циквалон (синтетические препараты); бессмертник, кукурузные рыльца, пижма, шиповник, холагол, олиметин (препараты растительного происхождения); препараты валерианы, минеральная вода (усиление секреции желчи за счет водного компонента).

К холекинетикам относят:

сульфат магния, сорбит, ксилит, берберина бисульфат (повышают тонус желчного пузыря и снижают тонус желчных путей); спазмолитики, эуфиллин (расслабляют сфинктеры билиарной системы).

Выбор препаратов для восстановления функций желчеобразования и желчевыделения зависит от типа дискинезии.

При гипертоническом типе ДЖВП применяют оксафенамид, никодин, минеральные воды слабой минерализации (Славяновская, Смирновская, Эссентуки 4, 20, Нарзан в горячем или подогретом виде 5-6 раз в день). Для фитотерапии используют цветы ромашки, мяту перечную, корень солодки, корень валерианы, траву пустырника, плоды укропа.

При гипотоническом типе ДЖВП назначают фламин, холецистокинин, сульфат магния, панкреозимин; минеральные воды высокой минерализации (Эссентуки 17, Арзни и др., комнатной температуры или слегка подогретые за 30-60 минут до еды в зависимости от секреции желудка). Фитотерапия: кукурузные рыльца, цветки бессмертника, ромашки, листья крапивы, плоды шиповника, зверобой, душица.

При гиперкинетическом типе ДЖВП используют спазмолитики коротким курсом, препараты калия и магния, минеральные воды слабой минерализации в подогретом виде 5-6 раз в день. Фитотерапия: цветы ромашки, мята перечная, корень солодки, корень валерианы, трава пустырника, плоды укропа.

При гипокинетическом типе ДЖВП рекомендуют сорбит, ксилит, холецистокинин, панкреозимин, сульфат магния, минеральные воды высокой минерализации комнатной температуры или слегка подогретые за 30-60 минут до еды. Фитотерапия как при гипотоническом типе. При внутрипеченочном холестазае проводят тюбажи (беззондовый дренаж желчевыводящей системы, или "слепое" зондирование) 1-2 раза в неделю. Назначают тонизирующие препараты, холеретики и холекинетки. При повышенной активности печеночного фермента АЛТ холеретики не назначают.

Лечение детей с ДЖВП проводят до полной ликвидации застоя желчи и признаков нарушения желчеоттока. При сильно выраженных болях желательно 10-14 дней лечить ребенка в условиях стационара, а затем – в условиях местного санатория.

Своевременная диагностика нарушений функции желчевыводящих путей и правильное лечение детей в зависимости от типа выявленных нарушений позволяет предупредить формирование в дальнейшем воспалительных заболеваний желчного пузыря, печени, поджелудочной железы и препятствует раннему камнеобразованию в желчном пузыре и почках.

В лечении вторичных ДЖП решающее значение имеет ликвидация причинно-значимого фактора, вызвавшего заболевание. Проводится лечение лямблиоза, гастродуоденальной патологии, вегетативных дисфункций и др.

Одним из лекарственных средств, используемых нами для лечения ДЖВП у детей, является Хофитол. Это лекарственное средство растительного происхождения, комплексно воздействующее на желудочно-кишечный тракт, в том числе регулирующее желчеобразовательную и желчевыделительную функции, и, кроме того, имеющее гепатопротекторное действие. Этот растительный препарат представляет собой экстракт сока свежих листьев артишока полевого. Хофитол улучшает антитоксическую функцию печени, проявляет антиоксидантную активность, обладает мягким диуретическим эффектом. Содержит следующие активные компоненты, которые обуславливают его системное

действие: кафеолихиновые кислоты, флавоноиды, секвитерпенлактон, инулин, ферменты цинараз, витамины групп А, В, С, макро- и микроэлементы, включая Fe, P, Mn. Холеретическое действие Хофитола осуществляется за счет нормализации процессов желчеобразования, желчеотделения и тонуса желчного пузыря и желчевыводящих путей. Гепатопротекторные свойства этого препарата были изучены и подтверждены учеными Гебхардтом и Митарбом в экспериментальной модели на изолированной колонии гепатоцитов, меченных радиоактивным C14-ацетатом в 1995 г. Гепатопротекторное действие связано с увеличением оттока желчи, улучшением антитоксической функции печени, воздействием на ее энзимную систему. Детоксикационное действие Хофитола на печень осуществляется за счет усиления связывания глюкуроновых и сульфогрупп, что приводит к улучшению белково-синтетической функции печени и, следовательно, к снижению образования конечных продуктов азотистого обмена (мочевины, креатинина). Хофитол обладает многосторонним действием на жировой обмен: уменьшает синтез холестерина гепатоцитами, нормализует внутриклеточный обмен фосфолипидов, снижает атерогенные фракции холестерина. Механизм лечебного действия хофитола на почки связан с почечной вазодилатацией, что приводит к улучшению клубочковой фильтрации, усилению выведения конечных продуктов печеночной детоксикации и дает мягкий диуретический эффект. Антиоксидантное действие осуществляется в результате нормализации ферментов антиоксидантной защиты клетки, активации дыхательных ферментов (оксиредуктаз), стабилизации клеточных мембран и нормализации внутриклеточного синтеза холестерина и липидов. Благодаря многообразному фармакологическому действию, хофитол имеет достаточно широкие показания к применению у детей:

- острые и хронические гепатиты (в том числе инфекционные);
- жировой гепатоз, цирроз печени;
- дискинезии желчевыводящих путей, в том числе с синдромом дисхоллии;
- хронические интоксикации (гепатотоксическими веществами, нитросоединениями, алкалоидами, солями тяжелых металлов);
- хронические нефриты;
- нарушения липидного обмена;
- хроническая и подострая почечная и печеночная недостаточность.

Хофитол может использоваться у детей с первых месяцев жизни. Существуют формы в виде раствора для приема внутрь (для детей раннего возраста), таблетки и раствор для инъекций.

В нашей поликлинике применяются следующие дозировки хофитола у детей:

- детям от 0 до 12 мес по 0,3–0,5 мл (5–10 капель) раствора 3 раза в сутки;
- детям 1–5 лет по 0,5–1 мл (10–20 капель) раствора 3 раза в сутки;
- детям 6–12 лет по 0,5 чайной ложки раствора или по 1 таблетке 3 раза в сутки;
- детям старше 12 лет по 0,5–1 чайной ложке раствора или по 1–2 таблетки 3 раза в сутки.

Дифференциальный диагноз

Проводится с:

- холециститом (о ДЖВП свидетельствует наличие общеневротических реакций, отсутствие симптомов интоксикации, температурной реакции, признаков воспаления по данным анализа желчи и крови);
- желчнокаменной болезнью (заключение основывается на данных клиники, эхоскопии, а при отсутствии УЗИ - на данных рентгенологического исследования);
- гастродуоденитом (решающее значение имеют результаты гастродуоденоскопии).

Выводы

Итак, в заключение, можно сказать следующее:

1. Дискинезии желчевыводящих путей у детей – это наиболее распространенная патология билиарной системы. Термин "дискинезии" дословно переводится как "расстройства движения" и обозначает ненормальную, некоординированную функцию гладкой мускулатуры.
2. При гипертонической форме ДЖВП дети жалуются на приступообразную, колющую боль в правом подреберье или в правом боку. Дети младшего возраста указывают на околопупочную зону. Очень редко наблюдается иррадиация болей в правое плечо, лопатку. Достаточно характерный симптом для этого состояния – резкая коликообразная боль в правом боку при быстром беге или быстрой ходьбе, что объясняется дополнительным растяжением капсулы и без того увеличенной печени при повышенном притоке венозной крови. Особенно ярко этот симптом проявляется на уроках физкультуры или на тренировках, во время подвижных игр, занятий танцами.
3. Гипотоническая форма ДЖВП характеризуется почти постоянной, ноющей тупой болью в правом боку. Эмоциональное напряжение, погрешности в питании могут усиливать болевые ощущения.
4. Выделяют также первичную ДЖВП и вторичную ДЖВП, имеющуюся при самых различных патологических состояниях- заболеваниях ЖКТ, почек, ЦНС и др. Чаще встречается т.н. лабильная форма ДЖВП (75%), реже – стабильная (25%). Стабильная форма ДЖВП чаще бывает при органических заболеваниях желудка, 12-ПК, ЖВП, лабильная – при ФРЖ.
5. В развитии ДЖВП определяющим является нарушение регуляции функции ЖВП со стороны нервной системы, как ЦНС, так и ВНС. Это подтверждается данными нейрофизиологического обследования- при ДЖВП по гипертоническому типу наблюдается преимущественно парасимпатикотония, а при ДЖВП по гипотоническому типу – симпатикотония с нормальным или избыточным вегетативным обеспечением.
6. Основной жалобой детей с ДЖВП является болевой синдром, который не имеет ясной и четкой характеристики. Боли чаще провоцируются стрессовыми ситуациями, непостоянные, непродолжительные, неинтенсивные. Локализация их чаще в области правого подреберья.
7. Непременным спутником заболевания является диспепсия. У детей снижается аппетит, их часто беспокоит тошнота. Нередко маленькие пациенты не переносят жирную и сладкую пищу: после ее употребления у них появляется тошнота и рвота. Иногда дети старшего возраста жалуются на горький привкус во рту. Появляется неустойчивый стул.
8. При объективном осмотре врач выявляет зоны болезненности при пальпации в правом подреберье, усиление болей при постукивании ребром ладони по краю реберной дуги. У большинства детей увеличивается печень и ее край прощупывается на 1-2 см ниже реберной дуги.
9. Лечение детей с ДЖВП проводят до полной ликвидации застоя желчи и признаков нарушения желчеоттока. При сильно выраженных болях желательно 10-14 дней лечить ребенка в условиях стационара, а затем – в условиях местного санатория.
10. Своевременная диагностика нарушений функции желчевыводящих путей и правильное лечение детей в зависимости от типа выявленных нарушений позволяет предупредить формирование в дальнейшем воспалительных заболеваний желчного пузыря, печени, поджелудочной железы и препятствует раннему камнеобразованию в желчном пузыре и почках.

Литература

1. Дворяковский И. В. Эхография внутренних органов у детей, 1994.
2. Денисов М. Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра: Справочное руководство, 1999.
3. Детская гастроэнтерология (избранные главы)/Под. ред. А. А. Баранова, Е. В. Климанской, Г. В. Римарчук, 2002.
4. Заболевания органов пищеварения у детей/Под. ред. А. А. Баранова. 1996.
5. Зайцева О. В., Вовк А. Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта у детей: современный взгляд на проблему//Consilium medicum. Педиатрия. 2003. № 2. С. 26–29.
6. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в педиатрии/Под. ред. М. И. Пыкова, К. В. Ватолина, 1998.
7. Коровина Н. А., Захарова И. Н. Холепатии у детей и подростков: Руководство для врача, 2003.
8. Международная классификация функциональных расстройств органов пищеварения. Римский консенсус по функциональным расстройствам органов пищеварения, 1999.
9. Минушкин О. Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта: патофизиология, диагностика и лечебные подходы, 2004.
10. Минушкин О. Н. Отчет о клинической апробации препарата Одестон у больных с хроническим холециститом, 2002.
11. Насонова С. В., Цветкова Л. И. Опыт применения одестона в лечении хронических заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей//Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2000. № 3.
12. Писарев А. Г., Васюкова Н. С. Ультразвуковой мониторинг желчегонной терапии у детей с гипомоторной дискинезией желчного пузыря на фоне вирусных гепатитов//Дет. инфекции. 2005. Т. 4. № 4. С. 68–71.
13. Урсова Н. И. Диагностический алгоритм и рациональная терапия функциональных нарушений билиарной системы у детей//РМЖ. Дет. гастроэнтерол. и нутрициол. 2004. № 3. С. 152–155.
14. Урсова Н. И. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта у детей: критерии диагностики и коррекции//Consilium medicum. Экстра-выпуск. С. 14–15.
15. Эрдес С.И., Сергеев С.Н. Дискинезии желчевыводящих путей у детей: диагностика и современная терапия http://terramedica.spb.ru/2_2006/erdes.htm
16. Яковенко Э. П., Григорьев П. Я. Хронические заболевания внепеченочных желчевыводящих путей: Диагностика и лечение, 2000

Рецензия на реферат

Саликовой Айсун Валехкыхы

«Дискинезия желчевыводящих путей»

Дискинезия желчевыводящих путей -- расстройство сократительной функции желчевыводящей системы, главным образом желчного пузыря и внепеченочных желчных путей, приводящее к нарушению желчевыделения. Выделяют два основных типа дискинезии: гипомоторный (гипокинетический, гипотонический) и гипермоторный (гиперкинетический, гипертонический).

Чаще встречается гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей, при которой наблюдается снижение эвакуаторной функции желчного пузыря, что приводит к его растяжению и застою желчи. Проявляется снижение функции желчного пузыря относительно постоянными умеренными болями в правом подреберье, несколько уменьшающимися после приема пищи. При гипермоторной дискинезии боли в правом подреберье интенсивные, носят приступообразный характер. Возникновение болей обычно связано с погрешностью в диете, приемом алкоголя, эмоциональным перенапряжением. Особое внимание уделяется в докладе диагностике данной патологии, а также дифференциальной диагностике. Ординатор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал. В тексте используются схемы, облегчающие понимание излагаемого материала. Оценивая представленную работу, можно отметить тот факт, что есть стремление максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал. Данная тема является актуальной, содержит научную и практическую значимость и может быть использована в качестве ознакомительного материала для врачей-педиатров.

Рекомендуемая оценка реферата Саликовой А.В. – 5 (отлично).

Заведующая кафедрой поликлинической педиатрии и пропедевтике детских болезней с курсом ПО дмн, доцент Галактионова М.Ю.

21.06 2017 года

