

**Карагандинский Государственный Медицинский  
Университет  
Кафедра детских болезней №1**

**Методы исследования  
дисфункции желчевыводящих  
путей у детей**

Выполнила: Жузбаев К 4013 э  
ЖМФ.

Приняла: Жупенова Д.Е.

Караганда 2016

# Жоспар:

- Причины заболевания
- Классификация
- Клинические проявления
- Диагностика

## *Дискинезии желчевыводящих путей у детей -*

нарушения моторики жёлчного пузыря и сфинктерного аппарата билиарной системы, клинически проявляющиеся болевым синдромом, комплекс функциональных расстройств продолжительностью свыше 3 мес, сопровождающихся болью в животе, локализующейся в правом подреберье. Это наиболее распространённая и ранняя патология билиарной системы у детей.

# Причины заболевания

- На сегодняшний день точные причины развития этого заболевания не известны. Можно выделить лишь группу предрасполагающих факторов, которые могут оказать провоцирующее влияние. К ним относят:
- осложненное течение беременности или родов у матери (особенно важно у ребенка в возрасте до 1 года);
- искусственное вскармливание, а также нарушения во введении прикорма, нерациональное питание ребенка более старшего возраста;
- наличие хронической патологии пищеварительного канала (язвенная болезнь, гастрит, дуоденит);
- перенесенные инфекционные заболевания, в частности вирусный гепатит, глистные и паразитарные инвазии;
- наличие подобных заболеваний у других членов семьи;
- имеющиеся в ребенка аллергические болезни (атопический дерматит, пищевая непереносимость), патология нервной и эндокринной системы.

# Классификация

Билиарная дисфункция подразделяется:

- по локализации (с преимущественным поражением собственно желчного пузыря или сфинктера Одди, который расположен в месте внедрения общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку);
- по происхождению (первичные и вторичные);
- по функциональным особенностям (пониженная или повышенная функция).

**Дисфункции билиарного тракта подразделяют на два типа: дисфункцию желчного пузыря и дисфункцию сфинктера Одди.**

**Традиционно выделяют гипомоторные (гипокинетические) и гипермоторные (гиперкинетические) дискинезии. Диагностическим критерием их дифференцирования является характер сокращения поперечника или объема желчного пузыря после применения стимулятора.**

# Клинические проявления

Первым, наиболее значимым, представляется наличие у пациента абдоминальной боли, т. е. боли в животе, которая может иметь различные вариации и характеристики возникновения, продолжительности, локализации и периодичности эпизодов. Для гипертонической формы дискинезий характерны кратковременные острые приступообразные боли в правом подреберье или вокруг пупка при отсутствии температуры. Для гипотонической формы дискинезий характерны ноющие, тупые боли, также при отсутствии температуры. Боли в животе связаны с приемом пищи, физической нагрузкой, эмоциональным напряжением.

■

Возникновение перечисленных диспептических расстройств может быть связано с несвоевременным выделением желчи в двенадцатиперстную кишку и нарушением переваривания жиров, с дуоденогастральным и гастроэзофагеальными рефлюксами, с патологическими висцеро-висцеральными рефлексамии.

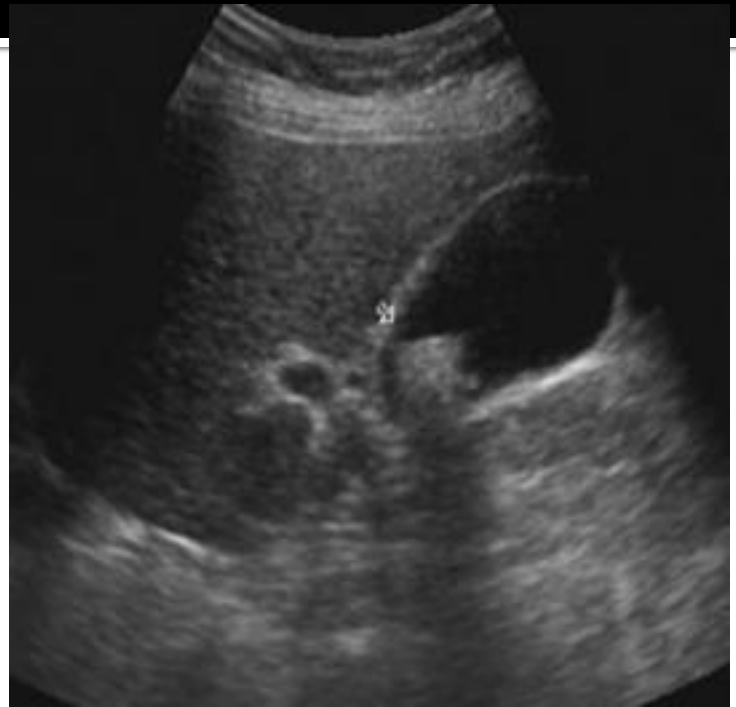
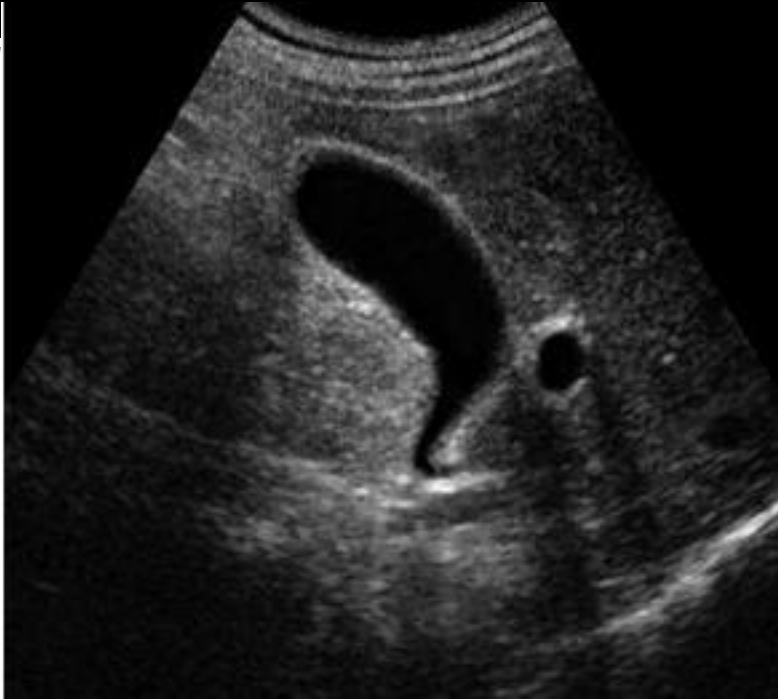
- Третья группа представлена неврологическими и вегетативными нарушениями: головная боль, чувство кома в горле, кардиалгия (боли в области сердца), потливость, сонливость, быстрая утомляемость, похолодание конечностей, изменение поведения, личности, импульсивность, тревожность, депрессия, истерия, снижение работоспособности и способности к обучению, отставание в знаниях.





желчного пузыря, выявить деформации, врожденные аномалии развития, конкременты в желчном пузыре

- Диагноз ставится на основании данных ультразвукового исследования с помощью специальной функциональной пробы. На такое исследование нужно приходить утром натощак. Врач, проводящий УЗИ исследует желчный пузырь натощак, затем ребенку предлагают съесть провокационный «желчный» завтрак (например, стакан жирной сметаны). Ровно через 45 минут снова проводят исследование, в ходе которого оценивают степень сокращения желчного пузыря.
- Ультразвуковое исследование может показать, что желчный пузырь увеличен, или частично опорожнен, или наблюдается перегиб желчного пузыря. Но это абсолютно не означает, что у ребенка есть какие-то функциональные нарушения. Врач, проводящий ультразвуковую диагностику, не имеет права ставить клинический диагноз, он только констатирует факт. А диагноз должен ставить только специалист-гастроэнтеролог, который основывается не только на результатах УЗИ, но и на результатах клинических анализов кала и мочи и к тому же на жалобах пациента по поводу характерной боли в правом подреберье или подвздошной области и желчных протоках, выяснить тип дискинезий.





желчевыводящей системы. Сущность этого исследования состоит в том, что вместо трех классических порций желчи изучают пять фракций (фаз) желчевыделения. Кроме того, желчь исследуют через 5-минутные интервалы, что позволяет оценивать тонус и моторику, реактивность различных отделов внепеченочной желчевыделительной системы - сфинктера Одди, сфинктера Люткенса, мышц общего желчного протока и желчного пузыря.

- **Биохимические методы** исследования используют для определения в порциях желчи В и С концентрации желчных кислот, холестерина и билирубина. У детей с гиперкинетическими расстройствами желчевыводящих путей снижается уровень холестерина и липидного комплекса в порции В. При гипокинезии - повышается уровень холестерина и липопротеидный комплекс в пузырной желчи.

Критерии	Форма дискинезии		Хронический холецистит
	гипертоническая	гипотоническая	
Гепатобили- сцинтиграфия	Ускорение выхода радиофарм-препарата (РФП) в кишечник, сокращение латентного периода, усиление двигательной функции желчного пузыря	Удлинение времени накопления РФП в желчном пузыре, удлинение латентного периода, снижение двигательной функции желчного пузыря	Снижение погло- тительной и вы- делительной функций желч- ного пузыря и нарушение двига- тельной функции его
Биохимия желчи	Снижение актив- ности гистидазы и уроганиназы, нормальные по- казатели лизо- цима и щелочной фос- фатазы	Снижение актив- ности гистидазы и уроганиназы, повышение ак- тивности щелоч- ной фосфатазы, понижение уров- ня лизоцима	Резкое повыше- ние активности щелочной фос- фатазы и сниже- ние уровня лизоцима
Биохимические показатели крови	Без изменений	Небольшое уве- личение актив- ности щелочной фосфатазы	Повышение активности ще- лочной фосфа- тазы, $\beta$ -липо- протеидов
Перифериче- ская кровь	Без изменений	Без изменений	Лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг влево, анемия



## Использованные материалы

### Литература:

1. "Введение в специальность" под ред. Л.И.Рувинцкого, М. 1988, С. 34-47;
2. "Внешняя среда и психическое развитие ребенка" под ред.Р.В. Тонковой-Ямпольской. Москва. Медицина. 1999;
3. "Новая газета", №2, 8.06.1999, "Нарушаются права детей";
4. "Советы родителям о воспитании детей" под ред. А.П.Усовой, Изд. АПН Москва;
5. "Умом и сердцем: Мысли о воспитании" - 5-е - Политиздат, 1999;
6. "Психологическая газета", №3(18) 1999, "Дети насилия";
7. Российский статистический ежегодник. М.: Госкомстат, 1999. С. 162, 237-239