

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

НА ТЕМУ: ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ .

ВЫПОЛНИЛ: ШЕЙХОВ.Ш.Ф

ФАКУЛЬТЕТ: ОМ

КУРС: 4

ГРУППА: 042-1

ПРОВЕРИЛ: А.В

АЛМАТЫ 2016

Холециститы у детей

- **Хронический холецистит** - хроническое воспалительное поражение стенки желчного пузыря с постепенным его склерозированием и деформацией.
- **Хронический холецистит** - продолжительностью более 6 месяцев, поражающее стенки желчного пузыря преимущественно в области шейки, протекающее как правило с нарушением циркуляции желчи.
- Распространенность **хронических холециститов** составляет от 6 до 15%. среди всех больных с патологией желчевыводящих путей.

Факторы риска

- наследственную предрасположенность
- аномалии желчных путей
- нарушение моторики
- изменение физико-коллоидных свойств, рН и бактерицидности желчи
- наличие хронических очагов инфекции в организме
- неправильное питание.

Этиология и патогенез холециститов у детей.

- **Чаще причина холециститов - инфекционная, допускается аллергический генез болезни, первично-асептическое (химическое) воспаление, как результат длительной дисхолии.**
- **Ферментативный генез, вследствие повреждения эпителия слизистой желчевыводящих путей панкреатическими ферментами.**
- **Инфекция поступает в желчевыводящие пути**
 - лимфогенным
 - гематогенным
 - восходящим путем.

Клиника холецистита у детей.

- Для хронического холецистита характерна большая давность болезни, иногда может быть субфебрилитет и умеренный лейкоцитоз.
- В период обострения возможна выраженная интоксикация. Болевой синдром: боли в животе интенсивные и длительные, чаще приступообразного характера, возникающие или независимо от приема пищи или после приема жирной пищи, физической нагрузки.
- Боли не связаны с сезоном года. Основная локализация боли – правое подреберье и в «пузырных» точках. Положительными бывают симптомы – Ортнера, Мерфи, болезненность в точке Кера, симптом Лепине.
- У детей старшего возраста возможна атипичная локализация болевого синдрома- боли в области сердца, боли в подложечковой области или за грудиной (эзофагическая форма).
- Диспептический синдром: тошнота, рвота, не приносящая облегчения, склонность к запорам. Наиболее выражена клиника при холецистохолангите.

Критерии диагностики

- тупые приступообразные боли в правом верхнем отделе живота (особенно после жирной или жареной пищи) в сочетании с диспептическими явлениями
- положительные «пузырные» симптомы, интоксикация, лихорадка
- На УЗИ:
 - уплотнение и утолщение стенок желчного пузыря свыше 2 мм
 - увеличение его размеров более, чем на 5 мм² от верхней границы нормы
 - наличие паравезикулярной эхонегативности
 - билиарный сладж-синдром

Задачи терапии

- **устранение инфекции в желчном пузыре
-антибиотикотерапия**
(ко-тримоксазол, ципрофлоксацин, фуразолидон, метронидазол и др)
- **нормализации двигательной функции
желчевыводящих путей (домперидон)**
- **снижение литогенности желчи(УДХК).**

Лечение больных

- в периоде обострения целесообразно проводить в условиях стационара. Режим – постельный, на весь период болевого синдрома.
- Стол № 5 с исключением облигатных аллергенов. Целесообразно применение продуктов питания с желчегонным эффектом. Это овощные соки (свекольный, морковный, капустный и др.) растительное масло, яйца.
Обязательна терапия сопутствующей дискинезии желчевыводящих путей, в зависимости от её типа. Желчегонные средства принимаются не менее 4 – недель.
- Антибактериальная терапия – ампициллин (7-10 дней) в сочетании с эубиотиками (лактобактерин). При других (неинфекционных) формах антибиотики не показаны.
- Для улучшения функции печени в последнее время рекомендуются « метаболитические комплексы» - кокарбоксилаза, рибофлавин, липоевая кислота, витамин У.

Данные препараты начинают вводить в стационаре (7 дней парентерально), а затем внутрь в течение еще 7 дней.

После выписки из стационара рекомендуется на протяжении первого года ежеквартально лечение повторять.

Диспансеризация

- **Диспансеризацию в течение первого года после выписки из стационара проводят каждые 3 месяца, а впоследствии – 1 – 2 раза в год.**
-