## реферат

На тему:

**Дискинезия желчевыводящих путей**

### Выполнила врач-интерн

Останкова А. Ю.

**Семипалатинск**

**Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП)** - это нарушение функции (моторики) желчного пузыря и (или) протоков.

Классификация

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Форма | Тип | Фаза |
| Первичная  Вторичная | Гипертонический (гиперкинетический)  Гипотонический (гипокинетический | Обострение  Ремиссия  Излечение |

Первичная дискинезия возникает вследствие нарушения корковых механизмов регуляции; вторичная - по принципу висцеро-висцеральных рефлексов, в основном при патологии пилородуоденальной зоны. В зависимости от тонуса сфинктерного аппарата и кинетики желчного пузыря выделяют гипер- и гипотонический, гипер- и гипокинетический типы.

ДЖВП - наиболее частая патология гепатобилиарной системы у детей дошкольно-школьного возраста. В структуре холепатий она составляет более 8 %, встречается либо в сочетании с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, либо без таковых. Девочки болеют в 3-4 раза чаще, чем мальчики.

*Этиология и патогенез.* Основные факторы риска и причины развития ДЖВП: нарушения функции центральной и вегетативной нервной системы (неврозы, вегетососудистая дистония, диэнцефальные расстройства); стрессовые ситуации в семье, школе. Эти два фактора являются доминирующими в возникновении первичной ДЖВП; заболевания ЖКТ (патология дуоденально-гастральной системы, паразитозы, перенесенный вирусный гепатит); хронические очаги инфекции, частые ОРВИ; пороки и аномалии развития желчевыводящей системы; алиментарный фактор (дефекты питания, насильственное кормление, переедание).

В *патогенезе* ДЖВП большое значение имеет диссинергизм моторики желчного пузыря и его сфинктеров (Одди, Люткенса), а также изменение гомеостаза интестинальных гормонов. Эти нарушения возникают при ослаблении общих адаптационных механизмов регуляции, вследствие чего формируется психовегетативный синдром на фоне наследственной или приобретенной неполноценности билиарной системы.

Дисфункция моторики желчного пузыря и протоков приводит к развитию холестаза, сущность которого сводится к расстройствам печеночно-кишечной циркуляции желчи и ее компонентов, изменению физико-химических и бактериостатических свойств желчи, что обусловливает болевой, диспептический синдромы и развитие осложнения в виде холецистита или желчнокаменной болезни.

*Возрастной аспект.* Первые признаки болезни проявляются в дошкольно-школьном возрасте, пик заболеваемости приходится на 7-9 лет.

*Семейный аспект.* Больные с ДЖВП чаще встречаются в семьях, где имеются конфликтные ситуации, приводящие к развитию невроза у детей. Значение наследственных факторов в возникновении ДЖВП прямо не доказано, но нужно иметь в виду, что организм ребенка может иметь наследственную предрасположенность к слабости адаптационных механизмов, проявляющуюся частыми простудными заболеваниями, аллергическими реакциями, неврологическими нарушениями.

Диагностические критерии

*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 пузырные 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 кабинете семейного врача: сбор и анализ анамнестических данных, при этом следует обратить особое внимание на социально-психологический климат в семье; объективный осмотр ребенка по органам и системам.

В поликлинике: общие анализы крови и мочи; УЗИ желчевыводящих путей; дуоденальное зондирование; химический, физический и бактериологический анализ желчи; биохимический анализ крови (белок и его фракции, СРБ, сиаловая кислота, билирубин, АлАТ,АсАТ, ЛДГ).

Течение, осложнения, прогноз

*Варианты клинического течения*

Многообразие клинических проявлений ДЖВП обусловливается сочетанными расстройствами со стороны желудка, двенадцатиперстной кишки и других отделов кишечника. Приступообразная кратковременная боль в правом подреберье характерна для гипертонической формы, и связана она с отрицательными эмоциями. В промежутках между приступами болей дети жалоб не предъявляют. Обилие диспептических симптомов (тошнота, горечь во рту, снижение аппетита), ноющая постоянная боль в правом подреберье характерна для гипотонической дискинезии, которая встречается значительно чаще, чем гипертоническая.

*Течение болезни* характеризуется волнообразностью – периодами обострения и ремиссии.

*Тяжесть состояния* определяется выраженностью болевого, диспептического синдромов, а также характером сочетанного поражения других отделов желудочно-кишечного тракта.

*Длительность болезни.* Острый период при адекватном лечении продолжается 3-4 дня, по истечении которых болевой и диспептический синдромы исчезают. Длительность самой болезни составляет в среднем 2-3 года.

*Осложнения:* холецистит, желчнокаменная болезнь, гастродуоденит.

*Прогноз* благоприятный.

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 гастрофиброскопии).

Формулировка диагноза

Вторичная ДЖВП. Гипертонический (гипотонический) тип, фаза обострения.

Первичная ДЖВП. Гипокинетический тип со слабостью сфинктера Одди, фаза ремиссии.

Лечебная тактика

Больные лечатся на дому.

1. При гипотоническом типе ДЖВП назначаются:

* полноценное частое (5-6 раз в день) питание; в остром периоде болезни исключают из диеты тугоплавкие жиры, продукты, богатые холестерином, пряности, жирное мясо, сдобное тесто, консервы; не допускается жаренье пищи (диета № 5 по Певзнеру); вместе с тем больные должны получать достаточное количество желчегонных продуктов (сливки, яйца, сливочное и особенно растительное масло, фрукты, ягоды, овощи);
* желчегонные средства: холосас - по 1 чайной ложке 3 раза в день, аллохол - по 1 таблетке 3 раза в день, холензим - по 0,5-1 таблетке 3 раза в день, оксифенамид - по 0,25 таблетки 3 раза в день перед едой; особенно показан при запорах желчегонный чай (цветков бессмертника 4 части, листьев трилистника 3 части, плодов кориандра 2 части, листьев мяты 2 части: одну столовую ложку смеси заваривают в 500 мл кипятка, настаивают 20 мин, процеживают, дают по 100 мл 2-3 раза в день за 30 мин до еды);
* средства тонизирующего действия: экстракт алоэ (до 5 лет – по 5-10 капель, в старшем возрасте - по 1/2 чайной ложки 3 раза в день), апилак - по 0,005-0,01 г 3 раза в день под язык, настойка лимонника - по 10-15 капель 1-3 раза в день до еды, женьшень - 10-15 капель 3 раза в день до еды, экстракт элеутерококка - по 10-20 капель 2-3 раза в день до еды, пантокрин - 0,05-0,075 г 2 раза в день, витамин В1 - внутрь по 10-15 мг 3 раза в день, в/м 2,5% раствор по 0,5-1 мл 1 раз в сутки, В6 - внутрь 5-10 мг 2-3 раза в день, в/м 0,5- 1 мл 1 раз в сутки;
* минеральная вода высокой минерализация (Минск 4, Ессентуки 17, Арзни) комнатной температуры;
* физиопроцедуры: гальванизация, дарсонвализация, диадинамические токи на область желчного пузыря;
* лечебная физкультура, тонизирующая брюшную стенку.

2. При гипертоническом типе ДЖВП назначаются:

* спазмолитики: но-шпа - 1/2-1 таблетка 3 раза в день, папаверин – 0,01-0,015 г 3 раза в день, платифиллин – 0,0025-0,005 г 3 раза в день, эуфиллин – 0,05-0,1 г 3 раза в день, тифен – 0,01-0,02 г 2 раза в день, галидор – 0,05-0,1 г 2 раза в день;
* седативные препараты: бромистый натрий - 2 % раствор по 1 десертной ложке 3 раза в день, настой валерианы - по 10-15 капель 3 раза в день;
* физиопроцедуры: озокерит, парафин, диатермия, электрофорез новокаина, сульфата магния;
* рефлексотерапия;
* щадящая ЛФК (не в остром периоде).

*Критерии правильности лечения:* исчезновение болевого, диспептического, неврологического синдромов; нормальное функционирование желчного пузыря и протоков при повторной эхоскопии или дуоденальном зондировании.

*Показания к госпитализации:* неясность диагноза; невозможность обеспечения родителями всего комплекса предполагаемых обследований и лечения из-за социально-бытовых условий, низкой культуры семьи; тяжелое состояние больного; характер первичного заболевания, на фоне которого возникла ДЖВП; безуспешное лечение на дому в первые 3 дня.

*Лечебные мероприятия на госпитальном этапе:*

* создание ребенку охранительного режима;
* обеспечение строгой диеты с учетом характера течения процесса;
* регулярные физиотерапевтические мероприятия;
* при необходимости - пересмотр диагноза.

*Реабилитация детей в период ремиссии* заключается в проведении:

* диспансерного наблюдения в течение 3 лет после перенесенного заболевания;
* санации хронических очагов инфекции;
* противорецидивного лечения после стабилизации патологического процесса: в течение 2 мес по 10 дней ежемесячно принимаются желчегонные препараты или 2 раза в неделю проводятся тюбажи (слепое зондирование); для этого ребенку дают (лучше утром) 15 мл 33 % раствора сернокислой магнезии, подогретой до 40-50°С, или 2 яичных желтка с 1 столовой ложкой сахара (можно стакан теплой минеральной воды), после чего ребенка укладывают на 1 ч на правый бок с теплой грелкой; по истечении указанного времени ребенок должен сделать 10 глубоких вдохов;
* витаминотерапии (В1, В2, В6) в осенний и весенний периоды в течение 2-3 нед;
* физиотерапии в весенний период года, курс - 10 процедур, выбор вида физиотерапии зависит от типа дискинезии (см. выше);
* лечебной физкультуры; при исчезновении болевых, диспептических синдромов - занятия физкультурой в школе в основной группе.

*Советы родителям по уходу за ребенком*

Родители должны овладеть комплексом упражнений лечебной физкультуры у инструктора в поликлинике, обеспечить диетическое питание - более частые (5-6 раз) приемы пищи с ограничением животных тугоплавких жиров (сало, бараний жир и т.д.), а также следить за соблюдением гигиенических мероприятий с обязательным полосканием полости рта после еды.

Профилактика

*Первичная профилактика:*

* правильная организация питания;
* устранение моментов, могущих вызывать у ребенка невроз;
* своевременное выявление и лечение лямблиоза, глистной инвазии, заболеваний ЖКТ;
* санация хронических очагов инфекции.

*Вторичная профилактика* - см. Реабилитация.