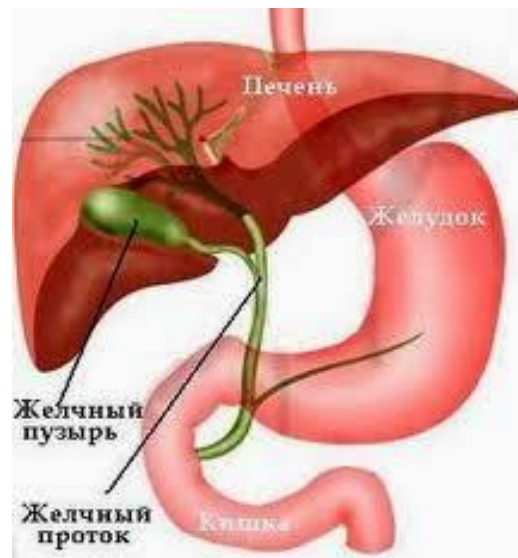


# Биллиарлы жолдардың дисфункциональды бұзылыстары.Холецистит.



# Жоспар

- Билиарлық дискенезиялар
- Патогенезі
- Клиникалық көрінісі
- Диагностикасы
- Емі
- Жедел Холецистит
- Созылмалы Холецистит

# Билиарлық дискенезиялар

- Билиарлық дискинезиялар –өт және қысқыш аппаратының үйлесімсіз, уақытлы емес, әлсіз не қатты жиырылуы. Билиарлық тракттың моторлық бұзылысы Дисфункция деп аталады : яғни өт және Одди қысқышының дисфункциясы.
- БД –лар біріншілік (асқазан-ішек анық ауруы жоқ болғанымен нейрогуморалдық реттелу бұзылыстарына байланысты) екіншілік (негізгі ішек-асқазан ауруының біліну дәрежесәне байланысты БД-ның клиникалық аспаптық өзгерістері)

Өт қапшығының дисфункциясы- негізіне психоэмоционалды жүктемемен байланысты, оң қабырғаасытындағы 3 айдан аса болған әр түрлі ауру сезімі мен функция бұзылыстары. Қосымша белгілері жүрек айну, құсу, дәрет пен ұйқының бұзылысы.

Одди сфинктерінің дисфункциясының – 3 айдан аса рецидивті қатты немесе шамалы ауру сезім ұстамасы 20 минут және одан аса эпигастриде немесе оң қабырға доғасы(билиарлық тип), сол қабырға астында және еңкейгенде басталатын (панкреатикалық тип), белбеу тәрізді (аралас тип) функционалды бұзылыстар.

ӨШЖ-ның гипермоторлық және гипомоторлық түрлері бар.

ӨШЖ дискенезиясына әкелуші факторлар:

- әртүрлі генезді нейроциркуляторлық дисфункция;
- Басынан өткерген вирусты гепатит;
- Вегетативті дистония мен аз қимылды өмір салты;
- невроздар;
- тағамдық аллергия;
- Асқазан-ішек жолының созылмалы ауруы;
- Асқазан-ішек жолының паразитоздары, лямблиоз;
- Улану;
- Экология;
- Консерві тағамдары;

Өт жолы моторикасының бұзылысына әкелетін екі негізгі факторы бар:

1. Гепатоциттің функциялық бұзылысы, осыдан – дисхолия (запыран құрамының өзгерісі).
2. Өт-запыран жолдарының бұлшықет қабатының нервтік регуляциясы бұзылысы орталық (нейроциркуляторлық дисфункция, невроздар) және перифериялық (асқазан-ішек жолдары дерттерінде-интерорецепторлардан висцеро-висцералды рефлекс типінде) генезбен.

Запыранның ішекке тусу ырғағы бұзылысынан асқазан-ішек жолдарының бактерицидтік

Нейроциркуляторлық дисфункция белгілері: шаршағыштық, ашушаңдық, жылауықтық, қызбалық, бас ауруы, жүрек қағуы, тершендік. Бала оң қабырға доғасы асты, эпигастрий маңының ауыратынына шағымданады.

Гипертониялы дискинезияда ауыру сезімі ұстамалы, өткір бірақ қысқа мерзімді.

Гипотониялық дискинезияда ауыру сезімі тұйық, сыздап, оң қабырға доғасы астын керетін тәрізді; көзіне жүрек қағуы, тәбет төмендеуіткелімен қатар жүреді.

# Диагностикасы

Өт маңында (іштің тіке оң бұлшықеті қырының қабырға доғасымен қиылысу орны ) ауру сезімі демді ішке алғанда байқалады. Созылмалы инфекция ошақтарын табу, нәжісте глистерге тексеру (нәжісте 3 күн қатарынан ).

## Анамнез

- Аурудың бірте бірте басталуы;
- Ағымы созылмалы;
- Ауру байланысты: Вегетативті дисфункция, эмоционалды бұзылыстар, өт дамуының аномалиялары,
- Тұқым қуалау бейімдігі,

## Шағымдары

- Өт функ; Оң қабырға астындағы ауру сезімі; (қысқа мерзімді, ұстамалы, кесіп, шаншу тәрізді.)
- Өт бұлш; тұйық, сыздаған ауру сезімі оң қабырға доғасы астында, ұзақ мерзімді.



## Клиникасы

Кер, Ортнер т.б симптомдар оң (+) болуы.

## Лабораториялық мәліметтер

- Запыранды микрос тексеру ( шырыш көп емес, холестерин кристалдары микробтар);
- Запыранды биохимиялық тексеру :
  - өт қышқылы мөлшері жоғ;
  - урокиназа белсенділігі төм;
  - гистидаза белсенділігі жоғ;

## Аспаптық мәліметтер

- Функционалды дуоденалды зондылау:
- Гипермоторлы дискинезия; (В мөлшері төмен не қалыпта; өт рефлексі жоғары, босауы жоғары.)
  - Гипомоторлы дискинезия; (В мөлшері жоғары; өт рефлексі төмен, босауы төмен.)

Эхографияда

- Гипермоторлы дискинезия; ( өттің жиырылуы > 60 % 40 минутта)
- Гипомоторлы дискинезия; ; ( өттің жиырылуы < 50 % 40 минутта ), өзектер спазымы, ( өттің жиырылуы 10-12 минутта), өттің даму аномалиялары;

## Ажырату диагнозы

- 12 елі ішек ойық жарасы;
- Созылмалы гастродуоденит;
- Созылмалы холецистит.

Емдік шаралар	Дискинезиялар	
	Гипотоникалы-гипокинетикалы	Гипертоникалы-гиперкинетикалы
Диета	№5 Өсімдік талшықтары, жеміс жидектер	№5, 5а Механикалық, химиялық, тағамдық тітіркендіргіштер мен майларды шектеу
Нейротроптық дәрілер	Белсендіру әсерлі: кофеин, элеутерококк, пантокрин, женьшень, алоэ экстракты, прокинетиктер – домперидон, метаклопромид.	Седативті әсері басым: кіші транквилизаторлар, новокаин (12 елі ішек ішінеде)
Спазмолитиктер	Көрсеткіші жоқ, керек емес	Көрсеткіштері бар: Папаверин, но-шпа, ганглиоблокаторлар.
Физио емдік әрекеттер	тонусты көтеру типті: фарадизация, гальвизация, ДДТ, т.б	Седативті типті: электрофарез (новокаин, папверин, магний сульфаты)
Арасандар	Мениралдығы жоғары және орташа, үй темп, Na, Mg-	Гидрокарбонатты - хлоридті – натрийлі төмен минералды, газы

# ХОЛЕЦИСТИТ У ДЕТЕЙ

- Хронический холецистит – это хроническое воспалительное поражение стенки желчного пузыря, развивающееся медленно и с постепенным его склерозированием и деформацией. В детском возрасте холецистит может быть связан с глистными инвазиями и лямблиозом



# Клиническая классификация холецистита у детей :

По течению:

- острое;
- хроническое;
- рецидивирующее.

По характеру воспаления:

- катаральный;
- флегмонозный;
- гангренозный.

По фазе заболевания:

- обострение;
- неполная ремиссия;
- ремиссия.

# Диагностические критерии

Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- Тупые приступообразные боли в правом верхнем квадранте (особенно после жирной и жареной пищи, острых блюд, газированных напитков) в сочетании с
- диспепсическими расстройствами горечь во рту:
- рвота;
- отрыжка;
- снижение аппетита;
- запор или неустойчивый стул;
- дерматиты;
- головная боль;
- слабость;
- утомляемость.

## Анамнез:

- погрешности в питании;
- дисфункция билиарного тракта;
- малоподвижный образ жизни;
- злоупотребление некоторыми лекарственными препаратами;
- патология развития;
- наследственная отягощенность.

## Физикальное обследование:

- резистентность мышц в правом подреберье, положительные «пузырные» симптомы:
- Кера (болезненность в точке желчного пузыря), Ортнера (болезненность при косом ударе по правому подреберью), Мерфи (резкая болезненность на вдохе при глубокой пальпации в правом подреберье), болезненность при пальпации правого подреберья, симптомы умеренно выраженной хронической интоксикации.

## Лабораторные исследования:

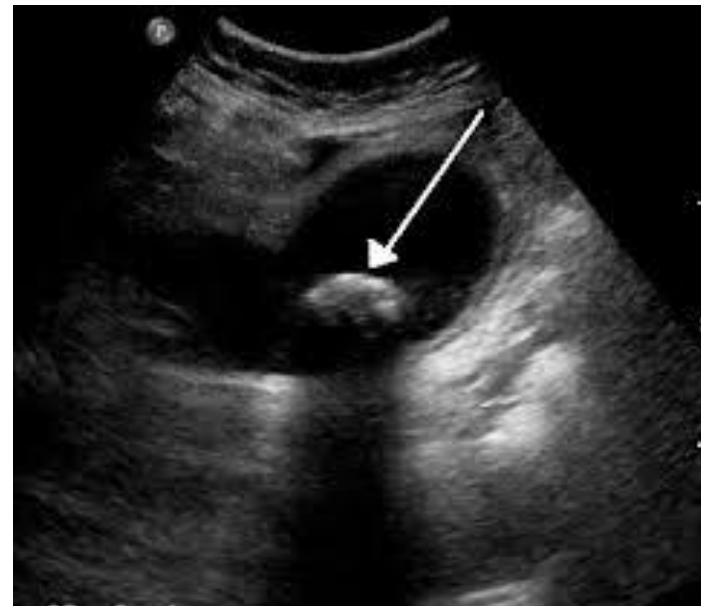
- ОАК (лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ),
- бактериологическое, цитологическое и биохимическое исследование дуоденального
- содержимого (снижение относительной плотности, увеличение вязкости, сдвиг рН в
- кислую среду, уменьшение содержания желчных кислот, билирубина).

# Инструментальные исследования:

**На УЗИ** - уплотнение и утолщение желчного пузыря более 2 мм, увеличение его размеров более чем на 5 мм от верхней границы нормы, наличие паравезикальной эхонегативности, сладж-синдром (Международные критерии воспаления желчного пузыря, Вена, 1998);

**ФГДС** - эндоскопический метод диагностики, позволяющий детально рассмотреть состояние слизистой оболочки верхней части желудочно-кишечного тракта, в частности, сфинктер Одди.

□





**Холангиохолецистография** — позволяет выяснить анатомическое строение и функциональное состояние жёлчного пузыря и жёлчных протоков, выявить наличие в них конкрементов (желчнокаменная болезнь), воспалительных изменений (холецистит, холангит), нарушение опорожнения (дискинезии);

**Дуоденальное зондирование** – позволяет определить тип секреции желчи, учитывают время появления порций и количество желчи. При обнаружении хлопьев слизи, билирубина, холестерина ее микроскопируют: наличие лейкоцитов, билирубинатов, лямблий подтверждает диагноз. Наличие изменений в порции В указывает на процесс в самом пузыре, а в порции С – на процесс в желчных ходах.



## **Диагностические исследования:**

12.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- ОАМ;
- Биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, билирубин);
- Исследование кала (копрограмма);
- УЗИ органов брюшной полости;

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Биохимический анализ крови (определение альфа-амилаза, глюкозы, щелочной фосфатазы, холестерина)
- ФГДС;
- Дуоденальное зондирование;
- ЭКГ.

## Дифференциальный диагноз холецистита у детей

- Заболевания Клинические критерии Лабораторные показатели
- Хронический гастродуоденит
- Локализация боли в
  - эпигастрии боли в области
  - пупка и
  - пилородуоденальной зоне;
  - выраженные
  - диспептические проявления
  - (тошнота, отрыжка, изжога,
  - реже - рвота); сочетание
  - ранних и поздних болей;
- Эндоскопические изменения на
  - слизистой оболочке желудка и
  - ДК (отек, гиперемия,
  - кровоизлияния, эрозии, атрофия,
  - гипертрофия складок и т.д.);
- Наличие Н. рупогі -цитологическое исследование,
- ИФА и др.

## **Показания для госпитализации:**

Показания для экстренной госпитализации:  
все клинические формы ВГВ, ВГС, ВГД независимо от степени тяжести.

Показания для плановой госпитализации: нет.

## **Тактика лечения:**

Терапия больных острыми вирусными гепатитами В, С, D является комплексной и включает следующие виды:

- этиотропная (при ОВГС);
- патогенетическая;
- симптоматическая.

## **Немедикаментозное лечение, общие меры:**

- диета, стол №5, 5а;
- постельный режим (при средне-тяжелом и тяжелом течении);
- обильное питье (1,5-2,0 л/сутки)

## **Медикаментозное лечение:**

Противовирусные препараты для лечения больных острыми ВГВ, ВГД не применяются.

При ОВГС - показанием для проведения противовирусной терапии является наличие виремии. Противовирусная терапия может быть отложена на 8-12 недель от дебюта заболевания (в связи возможностью спонтанного выздоровления).

## Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

- При ОГС - наличие виремии после выписки из стационара является показанием для проведения противовирусной терапии. Противовирусная терапия
- может быть отложена на 8-12 нед от дебюта заболевания (в связи возможностью спонтанного выздоровления).
- При отсутствии противопоказаний рекомендуется следующий режим монотерапии: PegIFN- $\alpha$ 2a, 180 мг/нед или PegIFN- $\alpha$ 2b, 1.5 мг/кг/нед в течение 12 недель [7].
- В случае коинфекции ОБГС с ВИЧ: PegIFN- $\alpha$  (PegIFN- $\alpha$ 2a, 180 мг/нед или PegIFN- $\alpha$ 2b, 1.5 мг/кг/нед) в комбинации с ежедневным приемом рибавирина
- (1000 или 1200 мг у пациентов с массой тела <75 кг или  $\geq$ 75 кг, соответственно) в течение 24 недель.