

УДК. 612.751.3. 616.361. 616-073.43.

**КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИИ
БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У
ДЕТЕЙ****Тахирова Рохатой Норматовна**

к.м.н., доцент, Кафедра факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического
медицинского института

Ходжаева Нигора Абдурашидовна

докторант PhD, Кафедра факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического
медицинского института

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7227888>

***Аннотация.** На основании полученных выше данных для ранней диагностики необходимо проводить УЗИ всем детям до школьного и школьного возраста, независимо от наличия патологии желчевыводящих путей. Особенностью диагностики аномалий развития желчного пузыря и желчевыводящих путей при дисплазии соединительной ткани является установление связи между клинико-эхографическими, фенотипическими признаками данной патологии у детей.*

***Ключевые слова:** аномалия желчного пузыря и протока, дисплазия соединительной ткани, холецистит.*

**CLINICAL AND ECHOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATHOLOGY OF THE
BILIARY TRACT IN CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN CHILDREN**

***Abstract.** Based on the data obtained above, an ultrasound scan of all children up to school and school age should be performed, regardless of the presence of biliary tract pathology for early diagnosis. A feature of the diagnosis of anomalies in the development of the gallbladder and bile duct with connective tissue dysplasia is the establishment of the relationship between clinical and echographic, phenotypic features of this pathology in children.*

***Key words:** anomaly of the gallbladder and duct, connective tissue dysplasia, cholecystitis*

ВВЕДЕНИЕ

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) представляет собой генетически детерминированное состояние обусловленное нарушениями метаболизма соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах развития, характеризующееся аномалиями структуры её компонентов. Многие виды аномалий развития могут быть морфологической основой функциональных изменений в деятельности определенных органов, в том числе и органов пищеварения [1,2,4]. Выявляется всех признаков ДСТ максимальном количестве в молодом и подростковом возрасте. Средний прирост признаков ДСТ от дошкольного возраста до подростковому возрасту (максимальное накопление соединительной ткани в организме) составляет 31,91%. От подросткового до юношескому возрасту – 20,81%. Достоверной диагностическим критериям данной патологии является УЗИ органов брюшной полости, а также выявляется достаточно высокая распространенность аномалий желчного пузыря и нефроптоза у подростков [3,5,6].

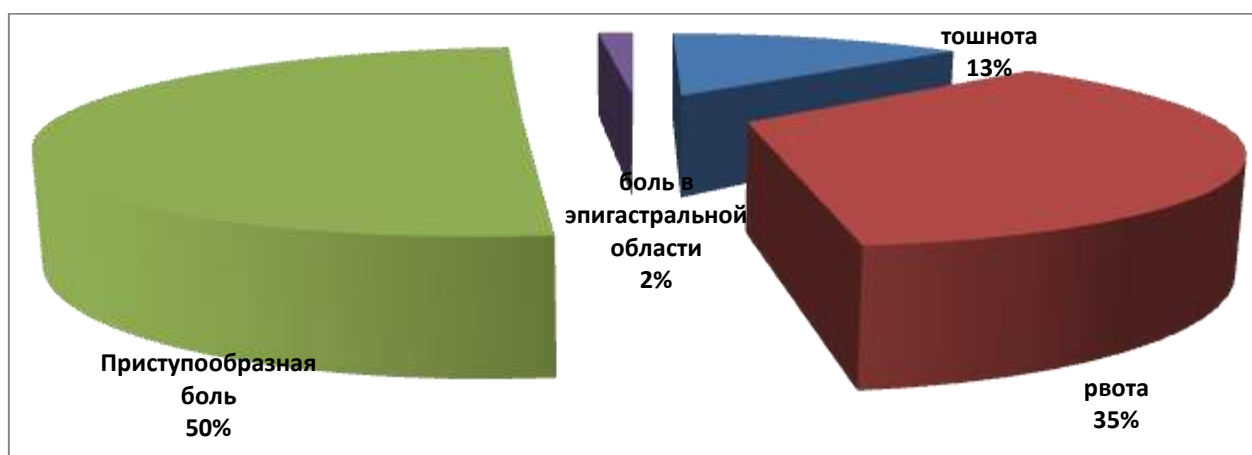
Цель работы - Изучить клинико – эхографических особенностей патологии желчевыводящих путей при дисплазии соединительной ткани у детей

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели проводили обследования у 89 детей школьного возраста. Из них составила 22 детей с воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей (ЖВП), 67 детей с дисфункцией и аномалиями развития желчевыводящих путей. Всем детям проводили анамнестические, клинико-лабораторные, биохимические и ультразвуковое исследования. Рентгенологическое исследования проводилось по показаниям пероральной холецистографии. Распределение обследованных детей в отдельные группы - с дисфункцией желчевыводящих путей составила - 18%, с аномалиями развития- 37,1%.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

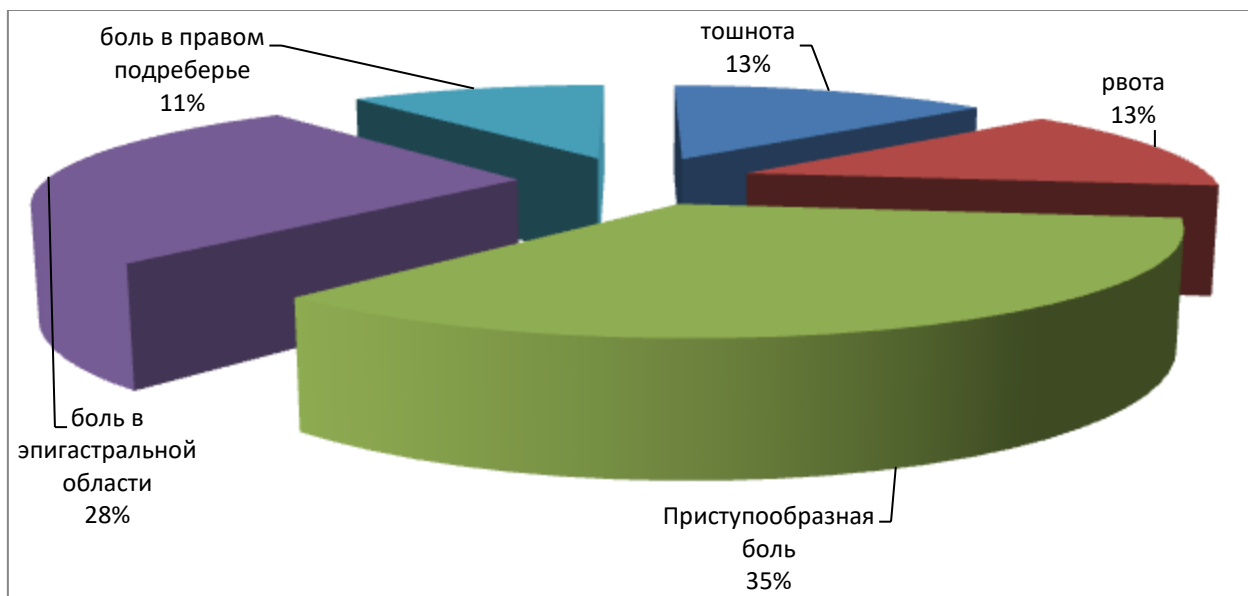
После проведенных анамнестических исследований, выявили частоту встречаемости клинических проявления у детей с дисфункциями ЖВП (n=16). Дети с выявленными внешними признаками НДСТ в большинстве случаев имели жалобы, в основном гастроэнтерологической симптоматикой.



Диагр. 1. Клинико-анамнестические данные у детей с дисфункциями ЖВП (n=16):

По данным наших исследований наиболее чаще появились следующие симптомы: рвота - составила 25%, тошнота - 65%, приступообразные боли, умеренно интенсивные, не продолжающиеся часто связаны с приемом обильной и жирной пищи – 94%, боль в эпигастральной области – 2%, ($p<0,05$) при данной патологии. Данные представлено в диагр.1.

Клинико-анамнестические данные у детей с врожденными аномалиями развития желчевыводящих путей (n=33) составила: тошнота и рвота- 23%, боли в правом подреберье- 11%, локальная боль в эпигастральной области- 28%, приступообразные боли средней степени, не продолжительные, повторяющиеся- 35%, боли четко взаимосвязаны с приемом пищи ($p<0,05$), высокая эффективность спазмолитиков- 100%. Данные представлено в диагр.2.



Диagr. 2. Клинико-анамнестические данные у детей с врожденными аномалиями развития ЖВП (n=33):

Клинико-анамнестические данные у детей с холециститом и холецистохолангитом (n=40) составила: рвота- 25%, тошнота- 65%, приступообразные боли, умеренно интенсивные, не продолжающиеся, часто связаны с приемом обильной и жирной пищи - 94% (p<0,05).

Размеры печени варьировались от 2-2,5 см до 2,5-3,0 см из-под реберного края. Минимальное увеличение размеров печени определялось в основном при дисфункциях желчевыводящих путей, максимальное - у пациентов с хроническим холецистохолангитом и с аномалиями желчного пузыря и желчевыводящих путей.

У 65% подавляющего числа пациентов пальпация печени была чувствительной, край был закругленным, поверхность гладкой, консистенция мягкой. У остальных 35% детей, страдающие холецистохолангитом и аномалией желчного пузыря и желчевыводящих путей, печень была не только увеличена, но и несколько уплотнена, наряду с умеренной болью при пальпации, помимо жалоб на диспепсические расстройства, имелись жалобы, характеризующие астено-вегетативный синдромы как головные боли, раздражительность, слабость.

Следует отметить, что в отдельных случаях при невыраженных внешних признаках дисплазии соединительной ткани при ультразвуковом исследовании желчного пузыря и желчного протока и проведении эхокардиографии выявлялись аномалии. Данные ультразвуковой исследований (n=89) среди всех детей составила: смешанная форма - 11%, гипомоторная дискинезия - 25%, гипермоторная дискинезия - 64%, без нарушений - 27%, нарушение тонуса и ритма сокращения - 73%, увеличение ЖП - 32%, утолщение стенки ЖП - 54%, повышение эхогенности - 97%, увеличение размеров печени - 100%.

Ультразвуковые данные у детей с врожденными аномалиями развития ЖВП (n=33) составила: S - образная деформация - 29%, изгибы тела - 42%, деформации в области шейки - 20%, Шейно - протоковой зоне - 9%.

ВЫВОДЫ

На основании выше указанных полученных данных, следует проводить УЗИ всех детей до школьного и школьного возраста, не зависимо наличия патологии ЖВП для ранней диагностики. Особенностью диагностики аномалий развития желчного пузыря и желчного протока с дисплазией соединительной ткани является сравнение клинических и эхографических, фенотипических особенностей данной патологии у детей.

REFERENCES

1. Баклушин А. Е. Актуальные вопросы профилактики, диагностики и рациональной терапии заболеваний детского возраста. – 2017.
2. Иванова И. И., Гнусаев С. Ф. Клинико-функциональные особенности заболеваний пищеварительного тракта у детей и подростков с различными диспластическими фенотипами //Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского. – 2018. – Т. 97. – №. 6. – С. 25-30.
3. Чемоданов В. В., Шниткова Е. В., Краснова Е. Е. Кафедра детских болезней лечебного факультета //далекое и близкое: к 90-летию образования лечебного факультета игми-ивгма. – 2020. – С. 492-513.
4. Stoieva T. V. et al. Peculiarities of syntropic functional disorders of the digestive system against the ground of connective tissue dysplasia. – 2018.
5. Reznichenko O. G., Pylypenko N. O., Gridnieva S. V. Influence of undifferentiated connective tissue dysplasia on the course of the diseases of biliary tract of young age persons //Мир медицины и биологии. – 2019. – Т. 15. – №. 3 (69). – С. 136-141.
6. Halyna-Anna C. Non-differentiated connective tissue dysplasia in the formation of gastropathies in children under the action of genotoxic factors of a polluted environment //editorial board. – 2021. – С. 245.