

Педиатрия

илмий-амалий журнал

1996 йилнинг январидан
чиқа бошлаган

1
2018

Йилига 4 марта
чиқарилади

Муассис Тошкент педиатрия тиббиёт институти

ТАҲРИР ҲАЙЪАТИ

Алимов А.В. (бош муҳаррир)
Ахмедова Д.И. (бош муҳаррир ўринбосари)
Муратходжаева А.В. (масъул котиб)

Арипова Т.У. (Тошкент)	Иноятов А.Ш. (Бухоро)
Аганиязова А.А. (Нукус)	Магазимов М.М. (Андижон)
Баранов А.А. (Москва, Россия)	Набиев З.Н. (Душанбе, Тожикистон)
Боранбаева Р.З. (Остана, Қозоғистон)	Рузибаев Р.У. (Урганч)
Гулямов С.С. (Тошкент)	Туйчиев Л.Н. (Тошкент)
Даминов Б.Т. (Тошкент)	Хайитов К.Н. (Тошкент)
Джумашаева К.А. (Бишкек, Қирғизистон)	Шамсиев А.М. (Самарқанд)

ТАҲРИР КЕНГАШИ

Абдуллаева М.Н. (Самарқанд)	Иноятова Ф.И. (Тошкент)	Сатвалдиева Э.А. (Тошкент)
Агзамходжаев Т.С. (Тошкент)	Искандаров А.И. (Тошкент)	Содиқова Г.К. (Тошкент)
Алиев М.М. (Тошкент)	Исмаилов С.И. (Тошкент)	Ташмухамедова Ф.К. (Тошкент)
Амонов Ш.Э. (Тошкент)	Камалов З.С. (Тошкент)	Хасанов С.А. (Тошкент)
Арипов А.Н. (Тошкент)	Камилова А.Т. (Тошкент)	Шамсиев Ф.С. (Тошкент)
Асадов Д.А. (Тошкент)	Кариев Г.М. (Тошкент)	Шарипов А.М. (Тошкент)
Ашурова Д.Т. (Тошкент)	Каримжанов И.А. (Тошкент)	Шарипова М.К. (Тошкент)
Бахрамов С.С. (Тошкент)	Маджидова Ё.Н. (Тошкент)	Шомансуров Ш.Ш. (Тошкент)
Бузруков Б.Т. (Тошкент)	Носиров А.А. (Тошкент)	Шомансурова Э.А. (Тошкент)
Гафуров А.А. (Андижон)	Раҳманқулова З.Ж. (Тошкент)	Эргашев Б.Б. (Тошкент)
Даминов Т.О. (Тошкент)	Саатов Т.С. (Тошкент)	Эргашев Н.Ш. (Тошкент)

Таҳририят мудир
Техник муҳаррир
Муҳаррирлар:

Абдурахманова В.Р.
Мансурова М.И.
Назаров С.Х.,
Гузачева Н.И.

Таҳририят манзили:

100140, Тошкент, Боғишамол кўчаси, 223

Телефон: 8 (371) 260-28-57

E-mail: peditriya_redakcia@mail.ru

Журнал Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан

2006 йил 29 декабрда рўйхатга олинган (№02-19)

Индекс 852

ISSN 2091-5039

Теришга берилди 23.03.2018. Босишга рухсат этилди 24.04.2018. Формат 60x84 1/8. Офсет босма. Офсет қоғози. «PragmaticUZ» гарнитурга. 250 нусха. Буюртма № 192. «Super-Print» хусусий босмахонасида чоп этилди. Фаргона шаҳар, Қувасой кўчаси, 81/1.

МУНДАРИЖА

CONTENTS

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИ
ТАШКИЛЛАШТИРИШ МАСАЛАЛАРИ

THE HIGHLIGHTS
OF HEALTH

Маҳмудова М.М. Ўзбекистонда оналар ва болалар саломатлигини сақлашнинг устувор тадбирлари

5 **Makhmudova M.M.** The priority measures on health care of maternity and children in Uzbekistan

ОРИГИНАЛ МАҚОЛАЛАР

ORIGINAL ARTICLES

Шамансурова Э.А., Кутлумуратова З.Р. Биохимический профиль антиоксидательной системы у детей с острой пневмонией

9 **Shamansurova E.A., Kutlumuratova Z.R.** Biochemical profile of antioxidative system at children with acute pneumonia

Шамсиев Ф.С., Латипова Г.Г. Особенности иммунологической реактивности у детей при пневмонии на фоне перинатального поражения нервной системы

13 **Shamsiev F.S., Latipova G.G.** Peculiarities of immunologic reactivity at children with pneumonia on the background of perinatal damage for nervous system

Шайхова М.И., Тиллабаева А.А. Особенности ведения бронхиальной астмы среди детей школьного возраста в условиях семейной поликлиники

17 **Shaykhova M.I., Tillabaeva A.A.** Peculiarities of bronchial asthma's management among the school children at conditions of family polyclinic

Юлдашев И.Р., Абдурахманов Қ.Х. Мавсумий алергик ринит билан хасталанган болаларнинг ҳаёт сифати ва носпецифик даволашнинг самарадорлиги

20 **Yuldoshev I.R., Abduraxmanov K.H.** Life quality of children with allergic diseases and effect of nonspecific therapy

Атаҳажиев М.С., Атабеков Н.С., Юнусов М.М. Одам иммунитет танқислиги вируси инфекцияли болаларнинг ижтимоий мослашув хусусиятлари

23 **Atakhadjiev M.S., Atabekov N.S., Yunusov M.M.** Social adaptation peculiarities of children with immune deficiency disorder

Мухитдинова Х.Н., Нурмухамедов Х.К., Абдусалиева Т.М. Компенсаторные реакции гемодинамики при тяжелой пневмонии в первые три месяца жизни

26 **Muhitdinova H.N., Nurmuhamedov Kh.K., Abdusalieva T.M.** Comoensatory reactions of hemodynamics at sever pneumonia at the first three months old children

Агзамходжаев Т.С., Хушиев З.А., Нурмухамедов Х.К. Особенности анестезии при операциях на печени у детей

34 **Agzamkhodjaev T.S., Khushiev Z.A., Nurmukhamedov Kh.K.** Features of inhalation anaesthesia at hepatic operation of children

Назарова К.У., Нурмухамедов Х.К., Бекназаров С.Х. Установление послеоперационной боли на основании психологических характеристик у детей

39 **Nazarova K.Y., Nurmuhamedov Kh. K., Beknazarov S.X.** Prediction of postoperative pain on the basis of the psychological characteristics at children

Абдураимова Г.А., Бекбаулиева Г.Н. Роль современной технологии родоразрешения в динамике здоровья новорожденных

43 **Abduraimova G.A., Bekbauliyeva G.N.** The ole of modern technology delivery in the dynamics of health of newborns

Насыров А.А., Агзамходжаев С.Т., Абдуллаев З.Б. Хирургическое лечение почечной формы первичного гиперпаратиреозидизма у детей

46 **Nasirov A.A., Agzamkhodzhaev S.T., Abdullayev Z.B.** Surgical treatment of renal form for primary hyperparathyroidism at children

Эргашева Н.Н. Дисфункция органов таза у детей при миелодисплазиях и сочетаниях остеоневральной патологии с колопроктологическими и урогенитальными аномалиями

49 **Ergasheva N.N.** Dysfunction of pelvic organs in children with myelodysplasia and combinations of osteoneural pathology with coloproctological and urogenital anomalies

Хамраева В.Ш., Карабаев Х.Э., Эргашев Ж.Д. Выбор оптимального метода лечения экссудативного среднего отита у детей

55 **Khamraeva V.Sh., Karabaev H.E., Ergashev J.D.** The choice of optimal medical method for exudative otitis media in children

- Усманханов О.А., Кадырбеков Н.Р.** Минаретный разрез при хирургическом лечении липомиецеле пояснично-крестцовой локализации 58 *Usmanhanov O.A., Kadirbekov N.R.* Minaret incision at surgical correction lipomyocele at lumbosacral localization
- Ибрагимова Д.Т., Даукш И.А., Тахирова Р.Н.** Кардиоваскулярная коморбидность у детей с ювенильным ревматоидным артритом 62 *Ibragimova D.T., Dauksh I.A., Takhirova R.N.* Cardiovascular comorbidity in children with juvenile rheumatoid arthritis
- Даукш И.А., Муратходжаева А.В., Ибрагимова Д.Т., Пирназарова Г.З.** Развитие коморбидных заболеваний при ревматоидном артрите у детей 65 *Dauksh I.A., Murathodzhaeva A.V., Ibragimova D.T., Pirnazarova G.Z.* Development comorbidity of diseases at rheumatoid the arthritis at children
- Алиев Т.Г.** Оценка эффективности использования функционально-корректирующего корсета типа Шено в лечении идиопатического сколиоза 69 *Aliev T.G.* Evaluation of effectiveness for use a functional corrective chenot corset in treatment of idiopathic scoliosis
- Хамидов Б.Х., Якубов Э.А., Хуррамов Ф.М., Яхшимуратов С.Ш.** Особенности клинического течения и диагностика латентной формы калькулёзного пиелонефрита у детей 72 *Xamidov B.X., Yakubov E.A., Xurramov F.M., Yaxshimuratov S.Sh.* Peculiarities of clinical course and diagnosis of latent form for calculous pyelonephritis in children
- Эргашев Н.Ш., Эргашева Н.Н.** Spina bifida complicata в структуре миелодисплазий у детей 75 *Ergashev N.Sh., Ergasheva N.N.* Spina bifida complicata in the structure of myelodysplasia in children
- Рузиев Ш.И., Шамсиев А.Я., Ядгарова Ш.Ш.** Бола-ларда кафт-бармоқ дерматоглифик курсаткичлари жинсга боғлиқлигининг суд тиббий мезонлари 80 *Ruziev Sh.I., Shamsiev F.Ya., Yadgarova Sh.Sh.* Forensic medical criteria for palmar finger dermatoglofic indices in children by sex
- Гиёсов З.А., Сейфуллаева Г.А., Мавлонов С.Н.** Гудакларнинг нозураки улим ҳолатларининг суд-тиббий жиҳатлари 83 *Giyasov Z.A., Seyfullaeva G.A., Mavlonov S.N.* Forensic aspects of infants nonviolent death
- Туракулова Д.М., Тошпулатов С.О., Назирова З.Р., Бобоха Л.Ю.** Роль оптической когерентной томографии для диагностики решетчатой формы периферической витреохориоретинальной дистрофии у лиц молодого возраста 87 *Turakulova D.M., Toshpulatov S.O., Nazirova Z.R., Bobokha L.Yu.* The role of optical coherent tomography for diagnostics of lattice form for peripheral vitreochorioretinal dystrophies for young persons
- Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Аvezова З.Ш.** Роль витамина D в лечении бронхиальной астмы у детей 90 *Shamsiev F.M., Karimova N.I., Avezova Z.Sh.* The role of vitamin D in treatment of bronchial asthma at children
- Насирова У.Ф., Тастанова Р.М., Пак А.А., Шарипова М.К.** Возможность терапевтической коррекции карнитинового дефицита у недоношенных новорожденных 94 *Nasirova U.F., Tastanova R.M., Pak A.A., Sharipova M.K.* The possibility of therapeutic correction of carnitine deficiency in premature newborns

АМАЛИЁТДАГИ ҲОДИСАЛАР

- Нормурадова Н.М., Камалидинова Ш.М., Курбанова В.В.** Редкие врожденные пороки развития плода. Особенности пренатальной диагностики тетраплоидии 98 *Normurodova N.M., Kamalidinova Sh.M., Kurbanova V.V.* Rare congenital defects of development of fruit. peculiarities of prenatal diagnostics of tetraploidy

ПЕДИАТРИЯДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИ-ДАРМОНЛАР

HELP TO PRACTICE

MEDICAMENTES IN PEDIATRY

- Даминова М.Н., Ахмедова Ш.У., Абдуллаева О.И., Даминова К.М.** Пробиотик энтерол в комплексной терапии нарушений микробиотеноса кишечника у детей с сахарным диабетом 101 *Daminova M.N., Akhmedova Sh.U., Abdullaeva O.I., Daminova K.M.* The use probiotics enterol in complex therapy disorder of microbiocenosis at children with type 1 diabetes mellitus
- Агзамходжаев Т.С., Файзиев О.Я., Юсупов А.С., Маматкулов И.А.** Современный подход к применению препарата трамадол в послеоперационном периоде у детей 105 *Agzamhodjaev T.S., Fayziev O.Y., Yusupov A.S., Mamatqulov I.A.* Modern approach for use tramadol in post operative period at children

- Абилов П.М., Махкамова Ф.Т.** Клинико-функциональная оценка эффективности лечения хронического катарального стоматита у детей с применением биологически активной добавки на основе Ганодермы Луцидум 108 **Abilov P.M., Makhkamova F.T.** Clinical and functional evaluation of treatment effectiveness for chronic catarrhal stomatitis in children using biologically active supplement based on ganodermalutsidum
- Шукурова Г.Р., Якубова Ф.Х., Махкамова Ф.Т.** Эффективность применения препарата Исмижен при гингивитах у детей дошкольного возраста 111 **Shukurova G.R., Yakubova F.X., Makhkamova F.T.** Efficacy of use ismiren at preschool children with gingivitis
- Зокиров Н.К., Шарипов А.М., Маматкулов Б.Б., Ахматалиева М.А., Голубина И.В.** Оценка эффективности микофенолата мофетила при часто-рецидивирующем нефротическом синдроме у детей 114 **Zokirov N.K., Sharipov A.M., Mamatkulov B.B., Axmatalieva M.A., Golubina I.V.** Treatment of quality evaluation fornephrotic syndrome with mofetil micophenotat at children

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТИББИЁТ

EXPERIMENTAL MEDICINE

- Расулов Х.А., Иброхимова Л.И.** Морфофункциональные особенности сухожилий тазовых конечностей крыс в норме и при экспериментальном гипотиреозе 117 **Rasulov X.A., Ibrohimova L.I.** Multifunctional peculiarities of rats' tendons at pelvic extremities in norm and at experimental hypothyroism
- Хидирова Г.О., Расулов Х.А.** Морфологические особенности метаэпифизарной костной ткани у крыс при гипопаратиреозе 121 **Hidirova G.O., Rasulov H.A.** Morphological peculiarities of metaphyzar bone tissue at rats with hyperparathyroidism
- Исмоилов С.Р., Омонова Г.С., Рўзмаматова М.С., Шерова З.Н., Иброхимова Н.О.** Овқат анафилактияси таъсири остида каламушлар ичак микрофлорасидаги бўзилишларга задитеннинг протектив таъсири 124 **Ismoilov S.R., Omonova G.S., Ruzmamatova M.S., Sherova Z.N., Ibragimova N.O.** Protective influence of zaditen to disturbed intestinal microflora of rats on the background of food anaphylaxis

ШАРҲЛАР

REVIEWS

- Кутлумуратова З.Р.** Гено-фенотипические маркёры как предикторы развития заболевания 128 **Kutlumuratova Z.R.** Geno-phenotypic markers as predictors of diseases development
- Искандарова М.А., Ахмедова С.Л.** О некоторых аспектах амблиопии 131 **Iskandarova M.A., Ahmedova S.L.** Some aspects of amblyopia
- Абдуллаева М.И.** Цитокиновый профиль у детей с эпилепсией 134 **Abdullaeva M.I.** Cytokine profile in children with epilepsy
- Турдиева Ш.Т., Кошимбетова Г.К.** Особенности функционирования гастроэнтеропанкреатической эндокринной системы 138 **Turdieva Sh.T., Koshimbetova G.K.** Peculiarities of functioning gastroenteropancreatic endocrine system
- Агзамова Ш.А., Ахмедова Д.И., Шамансурова Э.А.** Болаларда артериал гипертензиянинг патогенезида қон томирлари эндотелиал дисфункцияси ва Д витаминининг роли 143 **Agzamova Sh.A., Akhmedova D.I., Shamansurova E.A.** The role of endothelial dysfunction in vessels and vitamin D in the pathogenesis of arterial hypertension at children
- Мун А.В., Маннанов А.М.** Этиопатогенетические и терапевтические аспекты ограниченной склеродермии у детей 146 **Mun A.V., Mannanov A.M.** Etiopathogenetic and therapeutic aspects of limited scleroderma at children
- Зуфаров М.М., Хамдамов С.К.** Возможности трехмерной чреспищеводной эхокардиографии в диагностике пороков сердца 150 **Zufarov M.M., Khamdamov S.K.** The possibilities of three-dimensional trans-esophageal echocardiography in diagnostics of heart diseases
- Муратходжаева А.В., Ибодуллаева Ш.Ю., Хакимова У.Р.** Патогенетические аспекты формирования заболеваний билиарного тракта у детей 157 **Muratkhodzhaeva A.V., Ibodullaeva Sh.Yu., Hakimova U.R.** Pathogenetic aspects of formation of biliary tract diseases in children

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В настоящее время неспецифические заболевания органов желудочно-кишечного тракта у детей занимают одно из ведущих мест в структуре болезней детского возраста.

Медико-социальное значение данной проблемы определяется распространенностью, хроническим течением, наличием тяжелых осложнений и формированием основных видов патологии в наиболее важные периоды роста и развития детского организма.

В последние годы отчетливо прослеживается тенденция и к повышению частоты заболеваний билиарного тракта. Так, в литературе появились малоизвестные педиатром данные о заболеваниях билиарной системы: желчекаменная болезнь, холестероз желчного пузыря, аномалии развития желчного пузыря и желчных протоков, билиарный сладж, недостаточность сфинктера Одди и др. [2,3,4,17,19,20,29,30,41,43,44,45].

Заболевания билиарного тракта объединяют целый комплекс болезни, которые включают желчный пузырь, внутри и внепеченочные желчные протоки, а также сфинктеры Мирриззи и Одди.

Внедрение в педиатрическую практику методов медицинской интраскопии: эзофагогастродуоденофиброскопии, ультрасонографии, компьютерной томографии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, монометрии, лапороскопии, сцинтиграфии, магниторезонансной томографии существенно изменило положения. Использование современных методов исследования значительно улучшила топическую диагностику заболеваний билиарного тракта начиная с периода новорожденности [3,20,21,36,45,56,57,87].

Сопоставление результатов лабораторных исследований с данными инструментальных исследований значительно расширило представления о формировании болезней желчного пузыря и желчных протоков. В связи с чем в структуру заболеваний детского возраста были включены желчекаменная болезнь, холестероз желчного пузыря, синдромы Кароли и Мирриззи, кистозное расширение общего желчного протока, недостаточность сфинктера Одди, аномалия развития желчного пузыря и желчных протоков, сочетанная аномалия развития билиарного тракта [7, 14,15,21,41,43,44,45,48,51,52,61,75].

Аномалия развития билиарного тракта рассматриваются как врожденный дефект развития, имеющий индивидуальные особенности в строение органа. Аномалия отличающийся легкой компенсирруемыми функциональными расстройствами при определенных условиях могут быть причиной развития вторичных патологических процессов [25,56,58,59,60,63,107,112].

По мнению многих исследователей к аномалиям желчевыводящих путей следует относить только те дефекты и пороки развития, которые характеризуются нарушением дренажной функции билиарного тракта [9,36,108].

Пороки развития желчного пузыря характеризуется грубыми изменениями в строение органа, исключая его нормальное функционирование [9,92].

Результаты большинства исследований показывают, что аномалии и пороки развития билиарного тракта в большинстве случаев сопровождаются нарушениями моторики желчного пузыря и являются фактором риска развития функциональной и органической патологии данного органа [66,67,108,112].

В клинической практике у детей выделяют аномалии желчного пузыря, желчных протоков и сочетанные аномалии развития.

Аномалия развития желчного пузыря представлены следующими вариантами [2,3]:

- аномалия формы желчного пузыря: перегибы, перегородки, S-образный, роторообразный, крючковидный, желчный пузырь в виде бычьего рога и «Фригийского колпака»

- Аномалия положения желчного пузыря: внутривнутрипеченочное, интерпозиция, дистопия, инверсия, ротация

- Аномалия количества желчного пузыря: агенезия, удвоение, дивертикулы.

- Аномалии размеров желчного пузыря: гипогенезия, гигантский желчный пузырь.

Аномалии формы желчного пузыря у детей встречаются в виде деформации его обусловленные перетяжками или перегибами. Причины развития деформации желчного пузыря в виде перегиба могут быть внутрипузырные соединительнотканые перетяжки [67,85,107,108,112].

При перегибах желчный пузырь сворачивается в виде улитки и наблюдается фиксация его спайками к 12 перстной кишке или поперечному отделу ободочной кишки. Наличие перетяжек является причиной сужения желчного пузыря по всей окружности или части его.

Перетяжки и перегибы часто являются врожденными дефектами, могут быть одиночными и множественными, придавая желчному пузырю различные формы [10].

Деформации желчного пузыря имеют важное значение в нарушении пассажа желчи способствуют формированию застойных явлений приводящих в дальнейшем к развитию дистрофических изменений в стенке пузыря и нарушению его сократительной функции [7,26].

Все варианты деформации желчного пузыря ока-

зывают влияния на нормальную функцию его, вызывая нарушение моторики по гипотоническому типу [67].

Функциональное состояние органа может, зависит от анатомического строения выводного протока. Врожденная или приобретенная патология в шеечно-протоковой зоне может быть причиной изменений формы и функциональной способности желчного пузыря. Нормальная сократительная способность органа сохраняется в стадии компенсации, но истощение функциональных резервов его сопровождается увеличением объема и атонией стенки желчного пузыря. Конечным исходом данного процесса является формирование холецистита и ЖКБ [100,101].

В педиатрической практике невозможно сразу решить вопрос о генезе имеющейся деформации желчного пузыря, установить является оно врожденной или приобретенной.

Приобретенные деформации желчного пузыря являются следствием воспалительных заболеваний его и в отличие от врожденных имеют неровные контуры [8].

При аномалиях печени, диафрагмы и желчных путей желчный пузырь занимает разнообразное положение. Он может быть расположен над печенью, впереди или сзади от нее.

В детской практике часто определяется внутрипеченочное положение желчного пузыря, когда орган расположен в серповидной связке печени. Данные аномалии длительно протекают бессимптомно, но при развитии воспалительного процесса может отмечаться распространение патологического процесса на паренхиму печени; клинически состояние напоминает гепатит [24,25].

Маятниковый или подвижный желчный пузырь является одной из разновидностей аномалии положения желчного пузыря. Орган со всех сторон покрыт брюшиной и соединен с печенью брыжейкой. Развитие воспалительного процесса в желчном пузыре при таком расположении органа часто осложняется флегмонозно-гангренозным холециститом, вплоть до перфорации стенки желчного пузыря [20].

- Аномалии количества желчного пузыря определяются в виде агенезии, удвоения и дивертикула [36,87].

Агенезия (отсутствие) желчного пузыря, относится к редким аномалиям. Данная аномалия встречается в основном у девочек. При этом виде аномалии желчного пузыря отмечается компенсаторное расширение общего желчного протока [88].

В период раннего и дошкольного возраста заболевание протекает бессимптомно, но у детей школьного возраста отмечается склонность к развитию дискинетических расстройств желчевыводящих путей. В дальнейшем развитие склеротических процессов в сфинктере Одди приводит к формированию холангита и желчекаменной болезни [36,37].

К аномалиям количества пузыря относится аномалия в виде удвоения органа [10].

Удвоенный желчный пузырь имеет раздвоенное дно или продольную перегородку, разделяющую его полость на две половины [108,112].

Удвоенный желчный пузырь может иметь самостоятельные выводные протоки или проток одного из двух пузырей, может впадать в один из печеночных протоков или в выводной проток второго пузыря [26,87].

Врожденные аномалии формы желчного пузыря могут быть связаны с наличием дивертикула, который представляет собой мешковидное выпячивание стенки пузыря на ограниченном участке.

Основной причиной дивертикулов является локальное отсутствие эластического каркаса стенки [18]. Дивертикулы желчного пузыря относятся к числу редко встречаемых аномалией развития, и диагностика их возможна при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. Они не проявляются определенной клинической симптоматикой, но являются основанием для застоя желчи и формирования хронического воспалительного процесса.

Недоразвитый (гипоплазированный) желчный пузырь выявляется также часто у детей и отличается от нормы сниженными морфометрическими показателями органа [20].

Аномалии развития желчных протоков относятся к трудно выявляемым заболеваниям желчевыводящих путей. Благодаря внедрению в клиническую педиатрию современных инструментальных методов исследований значительно расширились возможности их ранней диагностики [87].

Аномалии желчевыводящих протоков включают две основные формы. Первая форма — это пороки развития (атрезия желчевыводящих путей, кисты желчного протока);

Вторая форма — аномалии анатомии и топографии (аномалии впадения печеночных протоков, добавочные желчные протоки) [73].

Аномалии развития желчных протоков очень часто сочетаются с аномалиями развития желчного пузыря [41].

Несмотря на сложность проведения современных инструментальных методов исследований патологии биллиарного тракта у детей, многие аномалии желчных протоков устанавливаются прижизненно.

Атрезия желчевыводящих путей подразделяются на три основные группы анатомических вариантов [27,29,34,103,106,110].

- Атрезия дистальной части наружных желчных протоков и желчного пузыря

- Атрезия экстраорганных желчных протоков

- Атрезия внутрипеченочных желчных протоков

Клинические подтверждения любого варианта атрезии желчевыводящих путей проводится с помощью холангиографического исследования, который выявляет отсутствие сброса контрастированной желчи в кишечник [38,40].

Врожденная атрезия желчных протоков встречается с частотой 1 случай на 20-30 тысяч родов и прогноз заболевания может быть благоприятным при своевременном оперативном вмешательстве.

Выделяют две формы этой патологии — синдромную и изолированную.

Синдромная форма характеризуется анатомическими изменениями внутрипеченочных желчных

путей при отсутствии патологии внепеченочных [33].

Для изолированной формы характерен внутрипеченочный холестаз, развивающиеся на фоне нормального анатомического строения внутрипеченочных желчных путей [51].

Ко второй группе врожденных пороков развития желчевыводящих протоков относят кисты желчного протока. Кистозное образование желчных протоков, начинается от проксимальных до дистальных протоков по классификации Alokso-Lej и соавт. подразделяются на:

- кистозное расширение общего желчного протока
- дивертикул общего желчного протока
- холедохоцеле
- кистозное расширение внутрипеченочных желчных протоков (болезнь Кароли)
- сочетанные кистозные расширения внутри и внепеченочных желчных протоков.

Наиболее изученной в детском возрасте является киста общего желчного протока, которая выявляется значительно чаще у девочек, чем у мальчиков в соотношении 4:1 [25]. В основе аномалии развития лежит врожденное недоразвитие мышечных волокон стенки желчного протока [25,28].

Не исключается влияние и внутриутробного инфицирования плода в антенатальном периоде [10,113-115].

Размеры кисты зависят от количества желчи и могут варьировать в пределах 15-30см и более. Зачастую помимо признаков замаскообразной желчи в кисте отмечают наличие конкрементов [12,31,37,43,64,70].

Заболевание проявляется следующими клиническими признаками: приступообразные абдоминальные боли, интермиттирующая желтуха, наличие опухолевидного образования в верхнем отделе живота. Классическая триада клинических симптомов болезни выявляется лишь у 10-50% больных, хотя проявления отдельных его признаков встречаются постоянно. Течение заболевания хроническое с периодами обострения и ремиссии. Развитие холелитиаза приводит в дальнейшем к механической желтухе [88,99].

Врожденный дивертикул общего желчного протока относится к редким аномалиям развития, клинически проявляющейся абдоминальными болями и периодической желтухой [28,48,63,64,65,73,106,107,111].

Холедохоцеле проявляется дилатацией только внутридуоденальной части общего желчного протока. В это кистозное расширение открывающееся в 12 перстной кишке впадает выводной проток поджелудочной железы. Заболевание не проявляется особыми клиническими симптомами, но некоторые исследователи отмечают высокий риск развития формирования в желчном пузыре конкрементов [73,107].

Лечение этих видов аномалий развития желчного протока хирургическое, часто прогноз благоприятный [1].

Болезнь Кароли представляет собой кистозное расширение внутрипеченочных желчных протоков,

характеризуется наличием врожденных кист, являющихся продолжением первичных ветвей внутрипеченочных билиарных протоков. Данное заболевание относится к наследственным аномалиям развития [28,48,64].

Клинические симптомы заболевания могут проявляться в любом возрасте, но пик происходит в подростковом периоде. Появляются приступообразные боли в правом подреберье, кожный зуд и желтушность кожных покровов, подъем температуры тела вплоть до лихорадки. Выявляется повышения уровня билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы. В дальнейшем образование в кистах сладжа и конкрементов приводит к поражению и внепеченочных желчных протоков. В данном случае течение заболевания приобретает сложный характер, и присоединение бактериальной инфекции способствует развитию абсцесса печени, сепсису [25].

Диагностика болезни Кароли основана на результатах инструментальных методов исследования (ультразвуковые исследования, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография). Особенно в диагностике заболевания информативна эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, позволяющая установить наличие конкрементов. Лечение симптоматическое, прогноз неблагоприятный [25].

Вторую форму аномалий желчного протока составляют аномалии впадения, изменения хода протока, двойной проток, отсутствие протока, гипоплазия и фиброз протока.

Аномалия впадения пузырного протока в общей желчный проток определяется практически у каждого 5-6 ребенка при инструментальных исследованиях и характеризуется отсутствием клинических проявлений [25].

Двойной пузырный проток характеризуется наличием двух протоков отдельно впадающих в общий желчный проток. Возможен другой вариант аномалии, когда один из пузырных протоков соединяется с общим желчным протоком, другой с правым печеночным протоком. Опорожнение желчного пузыря происходит нормально, но при расположении обеих пузырных протоков рядом может наблюдаться нарушение пассажа желчи.

Особое значение придается гипоплазии и фиброзу пузырного протока, а также изменение направления его, наличие которых являются одной из важных причин нарушения пассажа желчи и рассматриваются как один из факторов риска развития холестита, холестероза и желчнокаменной болезни.

При изменении хода пузырного протока он может впадать в общий желчный проток справа и слева, спереди и сзади или перекрещиваться с ним. Вариант перекрещивания пузырного протока возможным нарушением оттока желчи рассматривается как один из возможных факторов риска ЖКБ [24,25,28,30].

Отсутствие желчного протока связан с агенезией желчного пузыря, иногда он непосредственно переходит шеечным отделом в общий желчный проток.

Врожденные аномалия билиарного тракта, нарушающие динамику выделения корректируется в пер-

вые месяцы жизни у детей хирургическим путем. Малые аномалии желчевыводящих путей распознаются позже в связи сохранным оттоком желчи, но они влияют на формирования заболеваний желчевыводящих путей [110,111,117].

В заключении следует отметить, что анализ данных литературных источников, касающихся врожденных и приобретенных аномалий желчевыводящей систем, свидетельствует о достаточно высокой частоте встречаемости и их можно рассматривать как одно из причин дисфункциональных расстройств билиарного тракта.

Заболевания билиарного тракта занимает одно из центральных мест в современной детской гастроэнтерологии. Это, прежде всего, обусловлено широким распространением функциональных заболеваний желчного пузыря и желчных путей. В настоящее время в соответствии с Римским консенсусом (Рим, 2006 г) функциональные заболевания желчных путей обозначаются термином «Дисфункциональные расстройства билиарного тракта» [3,11,18,28,33,53,78,75,].

Дисфункциональные расстройства билиарного тракта определяются, как комплекс клинических симптомов, имеющих в своей основе моторные расстройства билиарного тракта — дискинезию [16-18,25,28].

В зависимости от основных клинических проявлений дисфункциональные расстройства билиарного тракта классифицируются по локализации (дисфункция желчного пузыря, дисфункция сфинктера Одди), по этиологии (первичные, вторичные) и по функциональному состоянию (гиперфункция, гиподисфункция).

Благодаря широкому внедрению в клиническую практику современных биохимических, иммунологических и инструментальных методов исследований патогенез дисфункциональных расстройств билиарного тракта достаточно изучен [11,16,17,62,64,67,70,75].

Первичные дисфункциональные расстройства по данным разных авторов варьируют от 15 до 30% и подтверждаются путем исключения органических заболеваний желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарного тракта в частности.

Среди причин первичных дисфункциональных расстройств по данным многих авторов первое место отводится психогенным факторам [5].

В первую очередь учитывается роль соматовегетативных расстройств, неврозов, депрессий и очень редко психических заболеваний. Авторами выделяется значения стрессовых факторов в формировании дисфункциональных расстройств желчевыводящих путей [5,13].

Вторичные дисфункциональные нарушения билиарного тракта определяются в 90-95% случаев при заболеваниях желчевыводящих путей воспалительного характера и при аномалиях развития.

Развитие вторичных дисфункциональных расстройств билиарного тракта при хронической очаговой инфекции у детей рассмотрено в незначительных количествах работ.

По результатам исследований установлены определенные клиничко-инструментальные критерии дисфункциональных расстройств как при гиперфункции так и гиподисфункции желчного пузыря.

В развитии и в патогенезе дисфункциональных расстройств большое значение уделяется нарушениям в системе нейрогуморальной регуляции билиарного тракта и роли гастроинтестинальных пептидных гормонов (холецистокинин-панкреозимин, гастрин, секретин и др.) [11,13,37,77].

Большинство гастроинтестинальных пептидных гормонов обладают выраженным влиянием на моторную активность органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в том числе билиарного тракта [37,77].

Помимо гастроинтестинальных пептидных гормонов в регуляцию деятельности системы желчеотделения участвуют множество биологически активных веществ, таких как серотонин, энкефалин, самотостатин, субстаеция P, кальцетонин, гем-связанный пептид и др. Однако роль многих биологически активных веществ в регуляции деятельности системы желчеотделения окончательно не установлена.

В число дисфункциональных расстройств билиарного тракта входит и дисфункция сфинктера Одди, которая в последнее время рассматривается как самостоятельная патология [13,55,56].

Дисфункция сфинктера Одди характеризуется частичным нарушением проходимости протоков на уровне сфинтера и может иметь как органическую так и функциональную природу [13].

В патогенезе дисфункции сфинктера Одди установлена важная роль психогенных факторов (общая невроз, стресс, эмоциональные перенапряжения реализуемы через повышения тонуса блуждающего нерва) (Маев И.В.).

В основе клинических проявлений дисфункции сфинктера Одди лежит нарушения оттока желчи и панкреатического сока.

Таким образом, с точки зрения современных представлений дисфункциональные нарушения билиарного тракта связаны с особенностями анатомического строения желчного пузыря, сфинктерного аппарата желчевыводящих путей и особенностью их нейрогуморальной регуляции [40,73,75].

Желчный пузырь является висцеральным органом, который находится под контролем многочисленных регулирующих систем — ЦНС, периферической и энтеральной нервной системы, гормонов и желудочно-кишечных пептидов, которые обеспечивают синхронизацию последовательных физиологических процессов желчевыделение [73,75,77].

Воспалительные заболевания желчевыводящих путей представлены холециститом, значительно реже холангитом и холангиохолециститом, имеющие острое и хроническое течение. Острые воспалительные заболевания билиарной системы встречаются и в детском возрасте. В основном более высокая заболеваемость наблюдается в возрасте от 7 до 12 лет [34,35,93].

Литературные источники отмечают единичные случаи тяжелых форм острого холецистита у детей. В современной литературе достаточно четко описаны особенности клиники, диагностики и лечение острых воспалительных заболеваний билиарной системы у детей [14].

По мнению ряда исследователей клиническое проявление острых процессов у детей протекает

разнообразно. Следует отметить распознавание острого воспалительного процесса в желчном пузыре, характеризующегося клиническими проявлениями и подтверждаемого лабораторными и инструментальными исследованиями в целом не составляет особых трудностей. Использование ультразвукового исследования и лапароскопии позволяет своевременно установить диагноз [36].

В формировании хронической патологии желчевыводящей системы особое значение уделяется стойким дисфункциональным расстройствам билиарного тракта, а также аномалиям развития желчного пузыря, способствующие длительному холестазу [7,21,34,35,40,41,64-66,70,71,73-75].

Рядом авторов установлена ведущая роль инфекции в развитии воспалительных заболеваний билиарной системы, как у взрослых, так и у детей.

По мнению Запруднова А.М. вопрос о роли инфекции в генезе воспалительных заболеваний билиарного тракта остается дискуссионным, учитывая что сама желчь обладает выраженными цитолитическими свойствами и способна разрушать любые клеточные элементы, включая вирусы, бактерии и простейшие.

На основании многолетних исследований в области изучения пато- и морфогенеза болезней билиарного тракта им было сделано заключение, что распространение инфекции восходящим, геметогенным и ретроградными путями приводят к развитию гнойного и флегманозного холецистита лишь на той стадии, когда желчный пузырь теряет свою буферную функцию.

Инфицирование желчного пузыря является вторичным по отношению к развитию воспалительного процесса в самой его стенке и изменениям биохимического состава желчи. Также автором оценено влияние наиболее значимых факторов риска развития воспалительных болезней билиарной системы и определена их информативная ценность.

Изучение факторов риска, показало, что в формировании хронических воспалительных заболеваний билиарной системы у детей велика роль управляемых неблагоприятных причин. Это нарушения количественных параметров питания, перенесенные и сопутствующие заболевания, частые ОРВИ, хроническая ЛОР патология, лямблиоз, глистные заболевания и неврологические состояния. (Ямолдинов Р.И.)

В патогенезе воспалительных заболеваний желчных путей определена роль процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) [34,35,36,37,38,39]. Причем ПОЛ сочетается с увеличением активности ЩФ, лактатдегидрогеназы и креатинкиназы, что свидетельствует о выраженном мембранопатологическом процессе в желчных путях [74,82].

Изучение показателей ПОЛ у детей с обострением хронического холецистохолангита позволило установить дефицит природных оксидантов [5,41,42].

Лукьянова Е.И. с соавторами, изучая роль наследственно-детерминированных факторов риска в возникновении хронических неинфекционных заболеваний органов пищеварения у детей, отмечает высокую наследственную отягощенность в семьях больных детей с патологией билиарной системы.

Хронические воспалительные заболевания билиарного тракта практически у всех больных протекают с сопряженным участием в патологическом процессе других отделов пищеварительного тракта.

В структуре патологии желчевыводящей системы заболевания органической природы все больше значение приобретает ЖКБ.

Среди детей с патологией желудочно-кишечного тракта желчнокаменная болезнь по данным различных авторов составляет около 1% [80-82,89,90].

Несмотря на преобладание в этой возрастной группе дисфункциональных нарушений желчевыводящей путей (50-95%) отмечается тенденция к увеличению частоты органических заболеваний этой системы, в число которых входит и желчнокаменная болезнь. Выявлено увеличение частоты распространенности ЖКБ в зависимости от возраста. В школьном возрасте конкременты в желчном пузыре определяются значительно чаще, чем в дошкольном возрасте. Имеются случаи диагностики ЖКБ и у детей раннего возраста [61,68,69,80,90,91].

По современным представлениям образованием камней в желчевыводящей системе является результатом дестабилизации физико-химического состояния желчи, изменения степени дисперсности макромолекулярных комплексов желчи и изменения коллоидной устойчивости его [21,27,31,32,38,105].

Х.Х. Мансуров эти нарушения желчи предложил рассматривать как своего рода протостадию желчнокаменной болезни. Это было подтверждено последующими исследованиями с характерными изменениями желчи: содержание билирубина, холестерина, желчных кислот, фосфолипидов и липидного комплекса [27,31,32,116].

Установлены три основных причины холелитиаза желчевыводящей системы: это нарушение липидного обмена, инфицирование желчи и застой желчи [8,26].

Исследователи, занимающиеся проблемой патологии желудочно-кишечного тракта, выделяют несколько основных факторов предрасполагающие холелитиазу [8,26].

Это количественно — качественные нарушения питания (чрезмерное употребление рафинированных продуктов, недостаточное количество продуктов, содержащих витамины, макро- и микроэлементы, антиоксиданты), отклонение в обмене веществ, нарушение микробиоциноза кишечника, стрессовые факторы, гиподинамия, обнаружения билиарной сладжи в желчном пузыре и экологическое неблагополучие.

В литературе уже имеются сведения о наследственной предрасположенности к желчнокаменной болезни у детей [46].

Более углубленное изучение факторов риска желчнокаменной болезни у детей путем сопоставления анамнестических данных с видами желчных камней показало, что болезнь у детей развивается на фоне многофакторного воздействия. Это неблагоприятные течения пре-, ante-, неонатального периодов, искусственное вскармливание или ранний перевод на искусственное вскармливание, а также на фоне ранее перенесенной кишечной инфекции, хроничес-

кого гастродуоденита, дискинезии желчевыводящих путей, хронического пиелонефрита, дисметаболические нефропатии, глистно-паразитарные инвазии, ожирение I - II степени, гатроинтестинальная пищевая аллергия, аномалии развития желчевыводящей системы [68,89].

В последующем при изучении факторов, влияющих на процесс формирования ЖКБ, был открыт феномен нуклеации.

Открытие феномена нуклеации позволило раскрыть механизм образования билиарного сладжа и установить важную роль муциновых белков, обеспечивающих нуклеацию кристаллов холестерина.

На плотно прилегающей к слизистой оболочке желчного пузыря муцин гликопротеинового геля осаждаются микрокристаллы холестерина и слипшиеся холестеринсодержащие везикулы. Скопление холестерина содержащих везикул в геле представляет собой процесс, протекающий с формированием макроскопически видимых жидких кристаллов (билиарный сладж). Так представляется процесс образования билиарного сладжа [20,21,27,116].

На III съезде научного общества гастроэнтерологов России было рекомендовано рассматривать билиарный сладж как начальную стадию желчнокаменной болезни, так как он предусматривает нали-

чие микролитов, замазкообразную желчь или их сочетания [4,27,39].

Микролиты при ультрасонографии представляется собой взвесь гиперэхогенных частиц в виде точечных, единичных или множественных, смещаемых образований, не дающих акустической тени. Они выявляются даже после изменения положения тела обследуемого.

Замазкообразная желчь определяется при ультрасонографии как эхогетерогенная желчь, с наличием участков приближающихся по эхогенности к паренхиме печени, смещаемых или фиксированных к стенке желчного пузыря, с четким контуром не дающих акустическую тень [6,22,23].

Клиническое значение билиарного сладжа разное, так как он может определяться у практически здорового человека. Выявленный, ранее при ультрасонографии билиарный сладж при дальнейшем наблюдении может не определяться [7,20,27].

В детской практике не уделяется достаточного внимания при выявлении билиарного сладжа, но по заключению многих исследователей билиарный сладж в детском возрасте следует рассматривать как начальную стадию желчнокаменной болезни, представляющую собой актуальную проблему современной педиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.М., Адылова Г.С., Юлдашева Р.З., Мусаев Э.М., Бабаев А.О., Фасциолез как причина обструктивного холестаза у ребенка. Молодой ученый 2016; 9: 367-371.
2. Баиров Г.А. Пугачев А.Г., Шапкина А.П. Хирургия печени и желчных протоков у детей. Л.: Медицина, 1970: 178.
3. Баранова А.А., Детская гастроэнтерология (избранные главы). Под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климановской, Г.В. Римаргук. М.: 2002: 592.
4. Баранова А.А. Заболевания органов пищеварения у детей. Под ред Баранова А.А. Материалы. 1996: 304.
5. Белоусов Ю.В., Актуальные вопросы педиатрической гастроэнтерологии: сб.статей 2007-2011 гг. Ю.В. Белоусов. К. 2012: 591.
6. Булатов В.П., Исмаилов М.Ф., Маммев Р.Н., Роль вегетативной дисфункции при билиарной патологии. Детская гастроэнтерология и проблемы педиатров вчера, сегодня, завтра; сб. науч. трудов. Н. Новгород, 1999: 32-33.
7. Булатов В.П., Камалова А.А., Хуснулина Г.А. и др. Клинические, анамнестические, ультрасонографические и микробиологические особенности желчнокаменной болезни в детском возрасте. Рос.вести. перинатология и педиатрия. 2009; 5: 4043.
8. Вахрушев Я.М., Хохлачёва Н.А. О патогенезе желчного камнеобразования и его профилактике при заболеваниях желчевыводящих путей. Терапевт.архив 1999; 71 (2): 44-48.
9. Виноградов В.В. Брагии Ф.А. Бескаменные заболевания желчного пузыря Успехи гепатологии. выпуск 5. Рига. 1975: 436-50.
10. Григорьева И.Н., Основные факторы риска желчнокаменной болезни. Рос журнал, гастроэнтерология, гепатология, колопроктология 2007; 6: 17-22.
11. Дегтярева А.В. Атрезия внепеченочных желчных протоков. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2005; 6: 8-15.
12. Дегтярева А.В., Мухина Ю.Г., Володен Н.Н. Причинно-следственная связь между внутри утробной ЦМВ-инфекцией и атрезией внепеченочных желчных протоков. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2005; 5-6: 59-63.
13. Денисова М.Ф., д.м.н. проф. Н.В.Чернега. Дисфункция билиарного тракта.
14. Долгов Ю.А., Денисов Ю.В. Острый флегмонозный холецистит у ребенка 2 года. Резюме и литература к статье. 2009; 1: 53-57.
15. Дробышева О.В., Ботвиньев О.К., Функциональное состояние кардиального и пилорического сфинктеров, сфинктеров Одди у детей с не дифференцированной дисплазии соединительной ткани и при отсутствии дисплазии.
16. Дубников Э.В., Дадвани С.А. Роль вегетативной нервной системы в патологии желудочно-кишечного тракта. Южно- Российский мед. журнал 2001; 5-6: 28-29.
17. Думнова Н.Б., Прилоротский В.Ф., Луккова Н.Е. и др. Желчнокаменная болезнь у детей: современные представления, варианты терапии и профилактика. Гастроэнтерология, Санкт-Петербург 2009; 1: 25-29.
18. Ермоленко Н., Харитолова Л., Якимова Л. Опыт применения урсодеооксиголевой кислоты при холестерозе желчного пузыря у детей. Врач 2011; 12: 69-72.

19. Жданова А.М. Дисфункции желчевыводящих путей у детей и подростков: пути повышения эффективности терапии. Ремедиум 2006; 4: 94-96.
20. Зайцева О.В., Сомсыгина Г.А. и соавт. Современные представления о лечении у детей с дискинезиями желчевыводящих путей. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колороктологии 1998; 1: 84-87.
21. Зайцева О.В., Вовк А.Н., Дисфункциональные расстройства билиарного тракта: современный взгляд на проблему. Consilium medicum (педиатрия) 2003; 2: 26-29.
22. Запруднов А.М. «Новые болезни» в гастроэнтерологии. Педиатрия 1995; 1: 77-81.
23. Запруднов А.М. Харитонов А.А. Особенности желчнокаменной болезни в возрасте. Фрайбург: Д-р.Фальк фарма Гмбх. 2002: 52.
24. Запруднов А.М., Харитонов Л.А., Билиарная патология у детей. М ООО «Медицинское информационное агентство». 2008.
25. Запруднов А.М., Харитонов Л.А., Актуальные аспекты заболеваний билиарного тракта в детском возрасте. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2010; 1: 3-7.
26. Запруднов А.М., Харитонов Л.А., Особенности клинического проявления холелитиаза у детей. Рос.журнал гастроэнтерология, гепатология, колонопроктология 1995; 6: 29.
27. Запруднов А.М., Харитонов Л.А., Лечение детей с желчнокаменной болезнью. Рос. вестник перинатологии и педиатрии 2000; 2: 39.
28. Запруднов А.М., Заболевания билиарного тракта у детей; аномалии развития, дисфункциональных расстройств. Итоги X конгресса детских гастроэнтерологов России. Рос. мед. журн. 2003; 11 (13): 757-767.
29. Запруднов А.М. Заболевания билиарного тракта у детей: воспалительные, обменные паразитарные опухолевые. Росс.вестник перинатологии и педиатрии 2005; 6: 33-40.
30. Запруднов А.М., Харитонов А.А., Богомаз Л.В., Юдина Т.М. Болезни билиарного тракта у детей. Вопросы детской диетологии 2011; 9 (6): 39-43.
31. Запруднов А.М., Царькова О.Н., Харитонов А.А. Клинико-патогенетическое значение билиарного сладжа как начальной стадии желчнокаменной болезни в детском возрасте. Педиатрия 2010; 89 (2): 40-45.
32. Запруднов А.М., Царькова О.Н., Харитонов А.А. Клинико-патогенетическое значение определения некоторых минеральных элементов в биологических объектах у детей с желчнокаменной болезнью. Ремедиум 2006; 4: 96-98.
33. Захарова Е.С., Дворяковский И.В., Шелятина В.К. Морфофункциональное состояние билиарной системы у детей. Российский педиатрический журнал 2001; 5: 36-38.
34. Ильченко А.А., Морозов И.А., Хомерлки С.Г. Холестероз желчного пузыря. М.: ГЭОТАР- медиа. 2007: 232.
35. Ильченко А.А., Орлова Ю.Н. Опыт применения урсодезоксихолевой кислоты при холестерозе желчного пузыря. Ремедиум 2006; 1: 81-83.
36. Ильченко А.А., Вихрова Т.В., Орлова Ю.Н., Билиарный сладж: от патогенеза к лечению. Метод рекомендации. М.:ЦНИИТ, 2004.
37. Ильченко А.А., Дельюкина О.В., Клиническое значение билиарного сладжа. Consilium medicum 2005; 2: 1-4.
38. Ильченко А.А., Дисфункциональные расстройства билиарного тракта. Consilium medicum. Приложение гастроэнтерологии Вып.1. 2002: 20-23.
39. Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря. Диагностика. Лечение. Consilium Medicum. Симпозиум «Механизмы регуляции желчеобразования и методы его коррекции» Материалы 2002: 6-8.
40. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. М.: Издательство «Атмосфера», 2006.
41. Каган И.И., Чемезов С.В., Железнов Л.И., Применение методов прижизненной визуализации (КТ, МРТ, УЗИ) в клинико-анатомических. Клиническая анатомия и экспериментальная хирургия; ежегодник Российской ассоциации клинических анатомов. Оренбург 2002; 2: 28-34.
42. Климов П.К., Пептиды и пищеварительная система. Л: Медицина, 1983:273.
43. Ковалева Л.П., Сизых Т.П., Современные теории изменения желчи при холелитиазе. Сибирск. мед.журнал. 2006; 1: 11-15.
44. Комарова Ф.И. Руководство по гастроэнтерологии под редакцией Ф.И. Комарова, 1995: 2.
45. Кононенко Е.В. Зелецкий Е.В., Лисненко В.М. Поляризационное оптическое исследование фазового состава желчи. М., 2001: 120.
46. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Шишкина С.В., Дисфункциональные расстройства билиарного тракта у детей. Леч.врач 2005; 7: 20-24.
47. Коровина Н.А. Холепатии у детей и подростков. Мед.практика. 2006: 75.
48. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Хитинская М.С., Холепатии у детей и подростков. - М.: Медпрактика, 2000.
49. Косорева Т.М., Холестероз желчного пузыря (клинико-диагностические особенности) Дисс... канд. мед наук - М. 2010:
50. Косорева Т.М. Орлова Ю.Н. Клинико-морфологические особенности холестероза у детей. Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. 2010; 1: 54-57.
51. Косорева Т.М. Орлова Ю.Н. Клинико-диагностические особенности холестероза желчного пузыря у детей. Экспериментальная клиническая гастроэнтерология 2010;1: 15-9.
52. Кубергер М.Б., Мицинко Б.Л., Капустин А.В., Клинико-лабораторные параллели у детей с отягощенной наследственностью по желчнокаменной болезни. Педиатрия 1989; 3: 72-75.
53. Лагунова Н.В., Лебедева О.Д., Характеристика биохимических и физико-химических свойств желчи у детей с функциональными расстройствами гепатобилиарной зоны. Таврический медико-биологический вестник. 2010; 1 (49): 133-136.
54. Лукаил Н.К., Желчнокаменная болезнь у детей раннего возраста (Клинико-патогенетические, эпидемиологические аспекты): автореферат дисс. канд.мед.наук. М, 2005: 37.
55. Маев И.В., Самсонов А.А., Салова А.М.Холестит (Алгоритм диагностики и лечебная тактика): учебное пособие. М.: ГОУВУНМЦ МЗ и СР РФ, 2006: 64.
56. Маев И.В., Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей: учебное пособие для врачей. Под.ред.И.В.Маева. - М.:ГОУВУНМЦ МЗ. РФ. 2003: 96.
57. Мансуров Х.Х., Основные достижения в изучении патогенеза и лечения холелитиаза. Тер. архив, 1982;12: 273.

58. Мараховский Ю.Х., Желчнокаменная болезнь на пути к диагностике ранних стадий патологического процесса в желчном пузыре. Рос.журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии. 1994; 4: 6-19.
59. Мараховский Ю.Х., Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы. Рос. журнал гастроэнтерология, гепатология, колопроктология 2003; 1: 81-92.
60. Мухина Ю.Г. Патофизиологические основы формирования неонатального холестаза. Лекции по педиатрии. Т.3.-Гастроэнтерология.
61. Мухина Ю.Г., Бельмер С.В., Дегтярова А.В. и др. Холестаз и пути его коррекции в педиатрической практике: применение урсофалька. Фарматека 2005; 1: 10-16.
62. Наидина Т.К., И.В. Дворяковский, А.Б. Сугак. Нормальные возрастные размеры желчного пузыря, п/ж, печени у детей по данным эхографии. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2001; 4: 57-63.
63. Никифоров А.Н., Пороки развития внепеченочных желчных ходов у детей. А.Н.Никифоров. Мат.хх1 Пленума правления общества белорусских хирургов — Брест, 15-16 мая 1997. С. 116-118.
64. Никифоров А.Н. и др. Врожденная кистозная дилатация желчных протоков у детей. 2-медицинская панорама 2006; 2: 67-70.
65. Никифоров А.Н., Дегтярев Ю.Г., Кисты желчного протока у детей, Актуальные вопросы гепатологии. 1998: 111.
66. Никифоров А.Н., Дегтярев Ю.Г. Врожденные кистозные поражения общего желчного протока. Современные достижения детской хирургии. М.:М., 1999: 123-126.
67. Памелова Н.В., Казначева К.С., Казначева Л.С., Желчнокаменная болезнь у детей. Практическая медицина. 2011; 1: 45-49.
68. Песков М.И., Иззадуст Ф.Н., Коровина Н.А., Захарова И.А., Шишкина С.В. Практическое значение динамического исследования моторной функции желчного пузыря у детей: Методическое пособие. М.: Российская медицинская академия после дипломного образования, 2008: 31.
69. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е., Румянцева И.В.З., Заболевания желчевыводящей системы у детей (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение) Учебное пособие- Сп.б.; СПб МАПО, 2004/2 издание, переработанное и дополненное. С.77.
70. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е., Румянцева И.В. Функциональные нарушения билиарной системы у детей с деформациями желчного пузыря. Русский медицинский журнал 2003; 11:3:171-172.
71. Римарчук Г.В., Урсова Н.И., Лебедева А.В. Терапевтическая коррекция дисфункциональных расстройств билиарного тракта у детей конгресс «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее» Материалы. М. 2002: 238.
72. Салмова В.С., Холепатии у детей. Практика педиатра 2005; 3: 24-29.
73. Самохина А.В. Современные представления о вариантах желчного пузыря и желчевыводящих протоков при использовании современных методов инструментального исследования. Журнал Гродненского госуниверситета. 2011; 3(35): 3-6.
74. Семенова О.В., Заболевания желчевыводящих систем у детей. Охрана материнства и детства. 2002; 3: 109-115
75. Семенова О.В., Желчнокаменная болезнь у детей — проблема педиатров и хирургов. Новости хирургов 2006; 1: 65-71.
76. Степанов А.Э, Шумов Н.Д., Бородачев А.В., Холелитиаз у детей. Актуальные вопросы детской хирургии и педиатрии: сборник научно-практической конференции. Тр. - М., 1995: 22-26.
77. Урсова Н.И. Диагностический алгоритм и рациональная терапия функциональных нарушений билиарной системы у детей. Российский медицинский журнал. 2004; 12 (3): 152-155.
78. Урсова Н.И. Дисфункциональное расстройство билиарного тракта у детей, критерии диагностики и коррекции. Consilium Medicum.Симпозиум «Механизмы регуляции желчеобразования и методы его коррекции» Материалы 2002: 14-15.
79. Урсова Н.И., Рамаргук Г.В., Краснова Е.И. Функциональные нарушения желчного пузыря у детей с хроническим гастродуоденитом. Материалы первого Всероссийского конгресса «Современные технологии в педиатрии детской хирургии», 2002: 67-68.
80. Урсова Н.И., Функциональное расстройство билиарного тракта у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2008; 3: 55-60.
81. Урсова Н.И. Дисфункциональное расстройство билиарного тракта у детей, критерии диагностики и коррекции. Consilium Medicum, предложение, 2002; 1: 23-24.
82. Урсова Н.И., Современные технологии в диагностике и лечении дисфункциональных расстройств билиарного тракта у детей: учебное пособие. Н.И. Урсова - М., 2003: 39.
83. Устинова О.Ю., Возгомян О.В., Аминова А.И., Динер В.Э.Особенности структуры гастроэнтерологической и гепатобилиарной патологии у детей. Здравоохранение Российской Федерации 2011; 5: 29-30.
84. Федеров Н.Е., Немцов Л.М., Солодков А.П. Показатели секреции холецистокинина вегетативной регуляция сердечного ритма и уровень тревожности у больных с моторной дисфункцией желчного пузыря. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2003; 3: 50-54.
85. Хавкин А.И., Вольнец Г.В., Дисфункции билиарного тракта с билиарным сладжем у детей и их коррекция препаратом хофитол. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2006; 3: 30-34.
86. Харитонова Л.А., Косарева Т.М. Клинико-морфологические особенности холестероза желчного пузыря у детей. Экспериментальная клиническая гастроэнтерология 2010; 1: 56-58.
87. Харитонова Л.А., Алгоритм наблюдения за детьми с желчнокаменной болезнью. Гастробюллетень (Санкт-Петербург). 2001; 4: 24-27.
88. Харитонова Л.А., Холелитиаз у детей — вопросы выбора терапевтической тактики. русский медицинский журнал. 2003; 11 (13): 787-792.
89. Харитонова Л.А., Желчнокаменная болезнь у детей. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии. 2006; 1: 61-71.
90. Царькова О.Н., Запруднов А.М., Харитонова Л.А., и др. Билиарный сладж: клинико-диагностические аспекты. Рос.вестник перинатология и педиатрия. 2009; 6: 38-42.
91. Царькова О.Н., Харитонова Л.А., Запруднов А.М., Клинико-патогенетическое значение эссенциальных микро-

элементов в формировании билирубиновых и холестериновых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2004; 11 (3): 98-101.

92. Царькова О.Н., Закрудинов А.М., Харитонов Л.А. Лечение и исходы билиарного сладжа у детей. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2005; 15 (5): 105.

93. Циммерман Я.С., Очерки клинической гастроэнтерологии. Перль: Пермский университет, 1992: 336.

94. Цыб А.Ф., Дергаев А.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих протоков. Вестник рентгенологии и радиологии. - М.:М. 2005; 3: 75-81.

95. Чубкин И.В., Воронин Д.В., Тихомирова А.Н. Пренатальная УЗИ диагностика агенезии желчного пузыря плода: описание случая и обзор литературы. Пренатальная диагностика 2009; 8 (3): 241-247.

96. Шеина П.В., Чередниченко А.М., Клинико-анатомическая характеристика детей с желчнокаменной болезнью. Уральский мед.журнал. 2007; 5: 15-19.

97. Шеина О.П., Клинико-диагностическая характеристика желчнокаменной болезни и состояние здоровья детей после оперативного лечения: автореферат дис. канд.мед.наук. - Екатеринбург, 2010: 36.

98. Шептулин А.А., Римские критерии функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди: спорные и переменные вопросы. Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2005; 3: 70-74.

99. Шутова Е.В., Современные направления совершенствования диагностики, профилактики, патогенетической коррекции холестеринового холелитиаза в детском возрасте. Современная педиатрия 2012; 1(41): 110-113.

100. Эргашев Н.Ш., Талер Г.А., Каган А.В., Желчнокаменная болезнь при наследственной микросфероцитарной гемолитической анемии у детей. Вопросы охраны материнства и детства 1990; 35 (9): 74.

101. Эргашев Н.Ш., Диагностика врожденных пороков развития у новорожденных. Детская хирургия. 1995; 4: 12-15.

102. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. Хронические заболевания внепеченочных желчевыводящих путей (диагностика и лечение): методическое пособие для врачей. М.: Медпрактика, 2000: 31.

103. A-Kader, H. H. Evaluation of the role of hepatitis C virus in biliary atresia. H. H. A-Kader, M. J. Nowicki, K. L. Kuramoto. *Pediatr Infect Dis J.* 1994; 13: 657-659.

104. Adamsen S. ERCP: targeting the stone. *Endoscopy.* 2004; 36 (12): 1104-1106.

105. Alpert, L.I., Strauss L., Hirschhorn K. Neonatal hepatitis and biliary atresia associated with trisomy 17-18 syndrome. *N Engl J Med.* 1969; 270: 16.

106. Bhagavan B.S. Amin P.B., Land A.S. Multiseptate gallbladder. *Arch Path.* 1970; 89 (4): 382-385.

107. Boyden E. A. «Phrygian cap» in cholecystography. A congenital anomaly of the gall bladder. *Am J Roentgenol.* 1935; 33: 589.

108. Bruno M. J. Endoscopic ultrasonography. *Endoscopy.* 2003; 35 (11): 920-932.

109. Chardot C. Biliary atresia. *Orphanet Journal of Rare Diseases.* 2006; 1: 28.

110. Cullingford G., Davidson D., Dooley J. Case report hepatolithiasis associated with anomalous biliary anatomy and a vascular compression. *H. P. B. Surg.* 1991; 3: 129.

111. Dubois A. M. The embryonic liver. New York: Academic Press. 1963: 1-39.

112. Extrahepatic biliary atresia: current concept and future directions. C. Carvalho [et al.]. *J Pediatr (Rio J).* 2007; 83: 105-120.

113. Lachaux A., Descos B., Pichau H. Familial extrahepatic biliary atresia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1998; 7: 280.

114. Robberecht E., Koletsko R., Chtistophe A. Several mechanisms contribute to the abnormal fatty acid composition of serum phospholipids and cholesterol esters in cholestatic children with extrahepatic biliary atresia. *Phostagland, Leukotriens and Essent Fatty acids.* 2006: 199-204.

115. Rostema, R.R., Hazebroek F.W. Choledochal cysts in children: a review of 28 years of treatment in a Dutchchildren's hospital. *Eur J Surg.* 1999; 165 (12): 1159-1161.

116. Ultrasonic diagnosis of biliary atresia: a retrospective analysis of 20 patient. Li Shi-Xing [et al.]. *World J Gastroenterol.* 2008; 14 (22): 3579-3582.