



Санкт-Петербургский
государственный педиатрический
медицинский университет

ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Кафедра: Лучевой диагностики и биомедицинской визуализации.
Специальность: Ультразвуковая диагностика.

**Важность проведения УЗД в лечебно-профилактическом
учреждении.**

В рамках диспансерного учёта детям 1 месяца жизни.
Клинический случай в практике врача-педиатра первичного звена.

Автор:

Ординатор 2 года по специальности «Ультразвуковая диагностика» Шишкина Анастасия
Олеговна.

**VI Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием
«Петербургская весна гепатологии» 2024г.**

Актуальность

VI Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием
«Петербургская весна гепатологии»
2024г

Врожденные аномалии ЖВС среди других пороков внутренних органов по результатам анатомических исследований составляют 10%[1]. Частота атрезий ЖВС составляет 1:10000 родившихся детей [2], атрезии занимают второе место среди причин смерти детей от врожденной патологии органов пищеварения после врожденных пороков кишечника [3].

У детей первых месяцев жизни болевые билиарные симптомы не выявляются. Гипертонус сгибателей рук, сжатые кулачки, снижение двигательной активности также характеризуют присутствие боли, в связи с этим, в клинической картине заболевания преобладает синдром системной воспалительной реакции без специфического билиарного комплекса симптомов .

Основным методом диагностики является УЗИ органов брюшной полости. Оно является неинвазивным и может оценить размер печени и некоторые аномалии желчного пузыря и общего желчевыносящего протока. Тем не менее, оно является неспецифичным.

1 Коровина, Н. А. Холепатии у детей и подростков: руководство для врача / Н. А. Коровина, И. Н. Захарова. – М.: Медпрактика, 2006. – 67 с.

2 Лейшнер, У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей / У. Лейшнер. – М.: ГЭОТАР – МЕД., 2001. – 264 с.

3 Диагностика врожденных пороков развития у новорожденных / Н. Ш. Эр-гашев [и др.] // Детская хирургия. – 1999. – № 4. – С. 12 – 15.

Клинический случай: пациент А., 1 месяц

В сентябре 2023 года Пациент А. 1 месяц с родителями впервые прикрепилась в ДГП. Прибыли из Таджикистана. На момент оформления, мамой не было предоставлена выписка из роддома. На следующий день были записаны на диспансеризацию. По приказу МЗ РФ от 10 августа 2017 г. N 514н



Перед осмотром врачей, ребёнка направили на УЗИ. Сразу после исследования ОБП ребёнок был направлен в кабинет педиатра.

Заключение : УЗ признак гепатоспленомегалии, сжатого желчного пузыря. Расширение внутрипеченочных желчных протоков. В области бифуркации воротной вены у ворот печени выявлена эхогенная структура треугольной формы(6 мм x 4 мм.) Билиарная атрезия? Холестаз? Гепатит?



Жалобы - Желтушность кожных покровов. Сосет грудь не активно, вздутие живота(мама считала, что обильное газообразование). Сонливость.



Сбор анамнеза неонатального периода был собран со слов:

Ребенок от - 4 беременности. Роды-3, срочные роды на 37-38 неделе.

Родился с массой - около 2.500 гр. Рост - 48см.

Врачами не был осмотрен, так как на период патронажей переезжали, на телефон не отвечали.

Общий эмоциональный тонус - на осмотр реагирует пассивно. Физическое развитие микросом.дисгарм.

ПМР: Прослеживаются единичные сосредоточения за движущимся предметом, не улыбается, пытается удержать голову при вертикальном положении. Кожные покровы иктеричные, без высыпаний. Видимые слизистые субиктеричные. Зев спокойный. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Мышечный тонус - гипертонус мышц-сгибателей рук и мышц-сгибателей ног. Тоны сердца ясные, ритмичные.

Дыхание пуэрильное проводится по всем полям. Хрипы не выслушиваются.

Живот вздут, умеренно напряжен. Печень увеличена на 2,5 см, селезенка пальпируется.

Нативный стул кашицеобразный, обесцвечен, (со слов) 1-2 р/сутки. Мочеиспускание не нарушено(со слов).



Вызов скорой помощи.

Дз: P59: Неонатальная желтуха, обусловленная другими и неуточненными причинами. Атрезия желчевыводящих путей?

Холестаза? Гепатит?

Госпитализация.



Ребёнок находится на стационарном лечении.

Диагноз: Атрезия желчевыводящих путей - подтвердился. (Со слов мамы) проведено оперативное вмешательство.

Данные по анализам, обследованиям и течению заболевания, к сожалению отсутствуют, так как находятся ещё в стационаре.

Анализ факторов риска развития АВЖП .

Факторы риска

При АВЖП вероятным возбудителем, причастным к развитию патологии, считают реовирус 3-го типа, ЦМВ, вирусы Эпштейна-Барр или папилломы[1].

Действием неблагоприятных неинфекционных факторов на зачаток печени на 4-8-й неделе внутриутробной жизни[1].

Роль наследственного предрасположения при АВЖП указывает то, что у подавляющего большинства таких больных обнаруживают следующие HLA: B12, A9-B5, A28-И35[2].

VI Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием
«Петербургская весна гепатологии»
2024г

Что нам известно о УЗ признаках билиарной атрезии.

В исследованиях W.S. Kim (2007 г.) [1] сообщается об увеличении диаметра общей печеночной артерии у детей с БА. По обобщенным данным исследованной литературы, увеличение диаметра печеночной артерии у пациентов с БА было зафиксировано не только при ультразвуковом исследовании. Аналогичные результаты были получены при проведении ангиографии сосудов печени в процессе подготовки к трансплантации [4], а также при морфологическом исследовании [5, 6]. D. Grunert и соавт. [7] при исследовании 37 детей с БА в возрасте от 12 дней до 9 лет обнаружил значительное снижение максимальной скорости кровотока в воротной вене по сравнению со здоровыми детьми.

Таким образом, несмотря на значительный интерес зарубежных ученых к проблеме ультразвуковой диагностики билиарной атрезии, у исследователей нет единого мнения о наиболее специфичных эхографических признаках данной патологии. Не исследованы изменения печеночной гемодинамики на разных этапах развития заболевания. В отечественной литературе нет работ, посвященных изучению возможностей ультразвукового метода в диагностике данной патологии[8] .

1) Шабалов Н. П. Неонатология. Том 2 ГЭОТАР-Медиа: 2016.- 162

2) Дегтярева, Анна Сергеевна. Патогенетически значимые метаболические маркеры осложненной беременности тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 14.03.10, кандидат наук Дегтярева, Анна Сергеевна.

3) Kim W.S., Cheon J.-E., Youn B.J., Yoo S.-Y. et al. Hepatic arterial diameter measured with US: adjunct for US diagnosis of biliary atresia // Radiology. - 2007. - Vol.245. - P.549-555.

4) Uflacker R., Pariente D.M. Angiographic findings in biliary atresia // Cardiovascular and interventional radiology. - 2004. - Vol. 27 (5). - P.486-490.

5) Ho C-W., Shioda K., Shirosaki K., et al. The pathogenesis of biliary atresia: a morphological study of the hepatobiliary system and the hepatic artery // J Pediatr Gastroenterol Nutr. - 1993. - Vol. 16 (1). - P.53-60.

6) dos Santos J.L., da Silveira T.R., da Silva V.D., Cerski C.T. et al. Medial thickening of hepatic artery branches in biliary atresia: a morphometric study // J Pediatr Surg. - 2005. - Vol. 40 (4). - P.637-642.

7) Grunert D., Stier B., Schoning M. The portal system and hepatic artery in children with biliary atresia. 1:Ultrasound and simple duplex ultrasound parameters // Klin Pediatr. - 1990. -Jan-Feb. - V. 202 (1). - P.24-30.

8) Ультразвуковая диагностика билиарной атрезии у детей. Литературный обзор Титова Е.А. ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Росздрова» Статья опубликована 12 апреля 2010г

Рекомендации:

1. УЗД всем детям с признаками желтухи новорождённого в ранний неонатальный период.
2. Проведение патронажей в полном объёме.
3. Проведение диспансеризаций всем детям в 1 месяц.
4. УЗД в 1 месяц.
5. Своевременное выявление и направление детей.