



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

**«Московский государственный технический
университет
имени Н.Э. Баумана
(национальный исследовательский университет)»
(МГТУ им. Н.Э. Баумана)**

ФАКУЛЬТЕТ «Фундаментальные науки»

КАФЕДРА «Вычислительная математика и математическая физика» (ФН-11)

РАСЧЁТНО-ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

к реферату на тему:

Дискинезия желчевыводящих путей.

Дисциплина: Физическое воспитание

Студент

А.А. Соколов

(И.О.Фамилия)

СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Преподаватель	_____	М.Н. Титунина
Преподаватель	_____	Ю.О. Лыкин
Исполнитель	_____	А.А. Соколов

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ	2
СОДЕРЖАНИЕ	3
ВВЕДЕНИЕ	4
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ РЕФЕРАТА.....	5
1 Этиология и патогенез	5
2 Клиническая картина	6
2.1 Гипертонически-гиперкинетическая форма.....	6
2.2 Гипотонически-гипокинетическая форма	7
3 Исследования	8
4 Лечение.....	9
4.1 Задачи лечения	9
4.2 Схема лечения	9
4.3 Профилактика.....	9
5 Комплекс упражнений	10
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	12
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	13

ВВЕДЕНИЕ

Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) – это расстройство тонуса и сократительной способности стенок желчных протоков и желчного пузыря с нарушением оттока желчи.

Существует две основные классификации ДЖВП: по этиологии и по характеру нарушения моторики.

По этиологии выделяют первичные и вторичные дискинезии желчного пузыря и желчных путей. Первичные представляют собой самостоятельные нозологические формы, вторичные — развивающиеся при хронических холициститах и желчнокаменной болезни течения.

По характеру нарушения моторики выделяют две основные формы ДЖВП с разной клинической картиной.

Существует 2 основных формы ДЖВП с разной клинической картиной: гипертонически-гиперкинетическая (гипертоническая) форма и гипотонически-гипокинетическая (гипотоническая) форма.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ РЕФЕРАТА

1 Этиология и патогенез

Основными причинами развития дискинезии желчевыводящих путей являются:

- неврозы;
- депрессии;
- стрессы;
- нарушения вегетативной нервной системы;
- аномалии развития билиарной системы;
- холецистэктомия;
- паразитозы желудочно-кишечного тракта, особенно лямблиоз;
- хронические очаги инфекции в организме (ЛОР-патология и др.);
- эндокринные заболевания (ожирение, тиреотоксикоз, сахарный диабет);
- перенесенный острый вирусный гепатит;
- эндокринные заболевания (ожирение, тиреотоксикоз, сахарный диабет).

Представление о дискинезиях желчного пузыря как чисто функциональных расстройствах в настоящее время пересматривается. Не только при гипомоторных, но и при гипермоторных формах дискинезии имеют место органические изменения на уровне гепатоцита, что является своего рода первичным фактором, способствующим нарушению деятельности не только внутри-, но и внепеченочных желчных путей, включая желчный пузырь. Эта патология представляет собой определенный тип холестаза. Однако не исключается роль вегетососудистой (нейроциркуляторной) дистонии в развитии дискинезии билиарной системы.

2 Клиническая картина

2.1 Гипертонически-гиперкинетическая форма

Гипертонически-гиперкинетическая форма дискинезии желчных путей наблюдается чаще у лиц с ваготонией и характеризуется периодически возникающей острой коликообразной, иногда весьма интенсивной болью в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, плечо (напоминает печеночную колику) или, наоборот, в левую половину грудной клетки, область сердца (напоминает приступ стенокардии).

Боль, как правило, возникает внезапно, повторяется несколько раз в сутки, носит кратковременный характер, не сопровождается повышением температуры тела, увеличением СОЭ и лейкоцитозом. Иногда приступы сопровождаются тошнотой, рвотой, нарушением функции кишечника. Возможно возникновение у таких больных вазомоторного и нейровегетативного синдромов: потливость, тахикардия, гипотония, ощущение слабости, головная боль.

Возникновение приступов боли в правом подреберье больные связывают не столько с погрешностями в еде, сколько с психоэмоциональным перенапряжением. Болевой синдром при гиперкинетической форме дискинезии желчных путей является следствием внезапного повышения давления в желчном пузыре, который сокращается при остро возникшей гипертонии сфинктеров Люткенса или Одди.

Большинство больных отмечают повышенную раздражительность, утомляемость, перепады настроения, нарушение сна, появление болевых ощущений в области сердца, приступов сердцебиения.

Вне периода обострения при пальпации живота отмечается незначительная болезненность в области проекции желчного пузыря и подложечной области. Болевые точки, характерные для хронического холецистита, выражены нерезко или отсутствуют. Возможны функциональные изменения других органов пищеварения (пилороспазм,

гипокинезия желудка, дуоденостаз, гипо- и гиперкинезия толстой кишки), сердечно-сосудистой и эндокринной систем. В межприступный период иногда сохраняется чувство тяжести в правом подреберье. Боли обычно усиливаются после психоэмоциональных перегрузок, в период менструации, после физических нагрузок, употребления острых и холодных блюд.

2.2 Гипотонически-гипокинетическая форма

Гипотонически-гипокинетическая форма дискинезии желчных путей наблюдается чаще у лиц с преобладанием тонуса симпатической части вегетативной нервной системы. Характеризуется чувством распираания и постоянной тупой, ноющей болью в правом подреберье без четкой локализации, которые усиливаются после чрезмерных психоэмоциональных стрессов, а иногда и приема пищи. Болевой синдром при гипокинезе обусловлен преимущественным растяжением инфундибулярной части желчного пузыря. Этому способствует выделение антихолецистокинина, избыточное количество которого значительно снижает образование в двенадцатиперстной кишке холецистокинина. Снижение синтеза холецистокинина, являющегося холекинетическим агентом, еще более замедляет двигательную функцию желчного пузыря.

Больные часто предъявляют жалобы на плохой аппетит, отрыжку, тошноту, горький вкус во рту, вздутие живота, запор (реже понос).

Дискинезия желчных путей может протекать латентно и с менее выраженными местными клиническими симптомами при наличии общих неврологических симптомов. На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра можно поставить предварительный диагноз. Для установления окончательного диагноза необходимо проведение ряда лабораторных и инструментальных методов исследования.

3 Исследования

Диагностика основана на анализе жалоб, данных осмотра и результатов дополнительных методов исследований. Ценным диагностическим методом при данной патологии является ультразвуковое исследование. УЗИ позволяет выявить характер двигательных нарушений желчного пузыря, диагностировать аномалии желчевыводящих путей (перегиб, перекрут и др.). Очень часто именно такие особенности строения желчных путей или желчного пузыря и являются непосредственной причиной дискинезий.

Анализ крови – при ДСЖВ изменения, как правило не выявляются. Наличие воспалительных изменений в анализе крови требует исключения холецистита и других заболеваний воспалительного характера.

Биохимическое исследование крови – при холестазах увеличивается уровень общего и прямого билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, ЛДГ, иногда незначительное повышение уровней трансаминаз.

УЗИ – для оценки функционального состояния протоков и сфинктерного аппарата метод является малоинформативным.

Динамическая холесцинтиграфия – позволяет выявить: начальные функциональные изменения в желчных путях, рефлюксы в желчные протоки, определить нефункционирующий желчный пузырь, выявить нарушение оттока желчи.

Дуоденальное зондирование – имеет историческое значение.

4 Лечение

4.1 Задачи лечения

Основными задачами лечения являются восстановление продукции желчи, нормализация тонуса сфинктерного аппарата и давления в 12 п.к., предупреждение развития воспалительных заболеваний системы пищеварения

4.2 Схема лечения

Обязательные мероприятия: режимные моменты, диета, использование психотерапевтических методов, миоспазмолитики (при гипермоторной ДЖВС), холецистокинетики (при гипомоторной ДЖВС).

Показания для госпитализации: дискинезии ЖВС преимущественно лечатся амбулаторно. Госпитализация показана при вторичных дискинезиях.

Диета - стол № 5. Следует увеличить число приемов пищи до 5-6 раз в день. Исключить: экстрактивные вещества, пряности, копчености, маринады, жирные блюда, шоколад, какао, кофе. Рекомендовать: овощные салаты, винегреты, яйца всмятку, сыр, творог, вегетарианские супы, отварное мясо и рыбу, компоты, фруктовые соки.

При гиперкинезии не рекомендованы: холодные продукты, сало, свинина, торты, пирожные, сливки, сметана, яйца. При гипокинезии показаны: хлеб с отрубями, черный (ржаной) хлеб, фрукты, овощи в большом количестве, сливки, сметана, яйца.

Для лечения и предупреждения приступов боли используются но-шпа, галидор или платифиллина гидротартрат курсами не более 3-х дней. Дюспаталин можно давать более длительно.

4.3 Профилактика

Активный образ жизни, санация очагов инфекции, рациональное питание. Лечение заболеваний, лежащих в основе дискинезии (патология ЖКТ, аллергия, вегетативные нарушения, стрессы и т.д.).

5 Комплекс упражнений

В качестве профилактики, а также сопутствующего лечения можно использовать комплекс упражнений лечебной гимнастики:

1. Исходное положение – стоя, ноги врозь, руки к плечам. Не отрывая пальцев от плеч, поднять локти вверх – вдох, исходное положение – выдох. Повторить 3-4 раза.
2. Ходьба на месте или в обход по залу в течение 1 минуты. Дыхание чередовать – 2-3 шага – вдох. 4-6 шагов – выдох.
3. Исходное положение – основная стойка. 1—2 – левую ногу на носок, руки в стороны – вдох, 3-4 – исходное положение – выдох. То же с правой ноги. Повторить 3-5 раз.
4. Исходное положение – стоя, ноги врозь, руки к плечам, 1-2 правую руку на пояс, левую вверх, наклон туловища вправо – выдох, 3-4 исходное положение – вдох. То же влево. Повторить 3-4 раза в каждую сторону.
5. Исходное положение – то же. 1-2 – наклон туловища вперед, руками достать носок левой ноги - выдох, 3-4 – исходное положение – вдох. То же в другую сторону. Повторить 6-8 раз. При болях в области желудка делать полунаклон.
6. Исходное положение – стоя, руки к плечам. 1 – левую ногу влево на носок, руки в стороны – вдох, 2- исходное положение – выдох. То же в другую сторону. Повторить 6-8 раз.
7. Исходное положение – лежа на спине, руки вдоль туловища. 1- пальцы в кулак, стопы на себя, голову приподнять – выдох, 2 – исходное положение – вдох. Повторить 6-8 раз.
8. Исходное положение – то же. 1 – кисти к плечам, пальцы в кулак, колено к животу – выдох, 2 – исходное положение – вдох, 3-4 – то же с правой ноги. Повторить 6-8 раз.
9. Исходное положение – лежа на спине, руки в стороны. 1 – скользя по полу, согнуть обе ноги в коленях, 2 – поднять таз, опираясь на стопы и плечи, 3-4 – выдержать паузу, 5 – опустить таз, 6 – исходное положение. Повторить 6-8 раз.
10. Исходное положение – лежа на спине, руки на пояс (вдох). 1- поднять вперед левую прямую ногу и правую руку – выдох, 2 – исходное положение – вдох, 3-4 – то же с другой ноги. Повторить 6-8 раз.
11. Исходное положение – лежа на спине, ноги согнуты, ладони на животе – вдох. Втягивая живот сделать продолжительный выдох ртом, сложив губы трубочкой. Повторить 3-4 раза.
12. Исходное положение лежа на спине. Велосипедные движения ногами. Темп средний. Дыхание не задерживать. Повторить 10-15 раз.
13. Повторить упражнение № 11.

14. Исходное положение – лежа на спине, ноги согнуты, руки в стороны. 1-2 – положить ноги влево – выдох, 3-4 – исходное положение – вдох. То же в правую сторону. Повторить 4-8 раз в каждую сторону.
 15. Исходное положение – лежа на спине, руки за голову. 1 – поднять правую ногу до угла 45 градусов, 2 – поднять левую ногу, 3 – опустить правую ногу, 4 – опустить левую ногу. То же, начиная с левой ноги. Дыхание не задерживать. Повторить 6-8 раз.
 16. Исходное положение – лежа на боку, левая рука за головой, правая перед грудью, опирается о пол – вдох. 1 – поднять прямую правую ногу – выдох, 2 – исходное положение – вдох, 3 – правое колено к животу – выдох, 4- исходное положение – вдох. Повторить 8-10 раз.
 17. Исходное положение – лежа, на левом боку, левая рука под головой, правая на животе, ноги полусогнуты, колени вперед. Глубокий вдох ртом, надуть живот. Плавный выдох ртом, произнося ф-ф-ф, живот втянуть. Повторить 3-4 раза
 18. Повторить упражнение №17, лежа на правом боку. 20. Повторить упражнение №18, лежа на правом боку.
 19. Исходное положение – колено-кистевое. 1 – поднять левую прямую ногу, 2 – исходное положение, 3-4 – то же с правой ноги. Повторить 6-8 раз.
 20. Исходное положение – то же – вдох. 1 – шагнуть левым коленом к правому локтю – выдох, 2 – исходное положение -4 – то же с правой ноги. Повторить 6-8 раз.
 21. Исходное положение – то же. 1 – поднять левую прямую ногу и правую руку вперед, 2-3 – держать, 4 – исходное положение То же в другую сторону. Повторить 6-8 раз.
 22. Исходное положение – стоя, руки на пояс. 1- левую ногу назад на носок, руки в стороны ладонями вверх – вдох, 2 – колено левой ноги вверх, правая рука вперед, 3 – левую ногу назад на носок, руки в стороны, ладонями вверх – вдох, 4 – исходное положение – выдох. То же с правой ноги. Повторить 6-8 раз.
 23. Чередование свободной ходьбы на месте или в обход по комнате с ходьбой на носках и высоко поднимая колени. 1-3 минуты.
 24. Исходное положение – стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища. Поднимая руки через стороны вверх – глубокий вдох. Опуская руки через стороны вниз, расслабив руки, плечи, сделать полный выдох. Повторить 3-4 раза.
- Примечание: при опущениях органов брюшной полости упражнения в исходное положение «лежа на спине» под таз положить валик, упражнения 21 и 23 выполнять в исходное положение «колено-локтевое».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дискинезии желчевыводящих путей – это наиболее распространенная патология билиарной системы. Термин "дискинезии" дословно переводится как "расстройства движения" и обозначает ненормальную, некоординированную функцию гладкой мускулатуры.

В развитии ДЖВП определяющим является нарушение регуляции функции ЖВП со стороны нервной системы, как ЦНС, так и ВНС. Это подтверждается данными нейрофизиологического обследования- при ДЖВП по гипертоническому типу наблюдается преимущественно парасимпатикотония, а при ДЖВП по гипотоническому типу – симпатикотония с нормальным или избыточным вегетативным обеспечением.

Своевременная диагностика нарушений функции желчевыводящих путей и правильное лечение в зависимости от типа выявленных нарушений позволяет предупредить формирование в дальнейшем воспалительных заболеваний желчного пузыря, печени, поджелудочной железы и препятствует раннему камнеобразованию в желчном пузыре и почках.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. ru.wikipedia.org/wiki/Дискинезия_желчевыводящих_путей
2. promedicina.clinic/adult/diskineziya-zhelchevyvodyashhix-putej-dzhvp
3. ldcentr.ru/nashi-uslugi/gastroenterologiya/271-lechenie-diskinezii-zhelchevyvodyashchikh-putej
4. library.bashgmu.ru/elibdoc/elib168.pdf
5. stgm.ru/userfiles/depts/faculty_pediatrics/Metodicheskie_posobiya/S_D/12_MRS_Patologiya_biliarnoj_sistemy.pdf