

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

БРЫКСИНА ВАЛЕНТИНА ИВАНОВНА

ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИТЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ
МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ИСХОДЫ)

140009 - педиатрия

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Свердловск,
1976

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

БРЫКШИНА ВАЛЕНТИНА ИВАНОВНА

ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИТЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ
МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ИСХОДЫ)

140009 – педиатрия

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Свердловск;
1976

Работа выполнена в Свердловском научно-исследовательском институте охраны материнства и младенчества Минздрава РСФСР (директор – Заслуженный деятель науки, профессор Р.А.МАЛЫШЕВА)

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор Р.Е.ЛЕЕНСОН,
кандидат медицинских наук Л.И.КУЛИОВА

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ

доктор медицинских наук, профессор Э.А. СПАССКАЯ,
кандидат медицинских наук Т. С. ВАХРУШЕВА

Отзыв о научно-практической ценности диссертации дает
Казанский медицинский институт.

Защита диссертации состоится "13" мая 1977г.
специализированного
в 15 часов на заседании ученого Совета Свердловского Государственного медицинского института. шифр Д.084.10.01

Репина,З

Автореферат разослан "13" апреля 1977г.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Ермакова, И

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ СОВЕТА
профессор-Е.Д.Рождественская

АКТУАЛЬНОСТЬ И ЦЕЛЬ РАБОТЫ

По данным мировой статистики среди детей школьного и дошкольного возраста отмечается большая распространенность воспалительных заболеваний гепатобилиарной системы. Многообразие клинических вариантов, постепенное, незаметное начало процесса у большинства детей, затруднения в проведении процедуры дуоденального зондирования для подтверждения диагноза – приводят к запоздалому обращению части больных к врачу и несвоевременному лечению, что способствует формированию хронического очага инфекции в желчевыводящих путях. Найти клинические симптомы, по которым можно было заподозрить начало заболевания желчевыводящих путей (в первые дни и недели от его возникновения), выяснить возраст, когда воспалительный процесс в билиарной системе может начинаться, установить частоту заболевания, критерии его ранней диагностики и исходы – все это явилось целью нашей работы и определило ее актуальность.

Научная новизна. Разработана методика дуоденального зондирования новорожденных детей, которые составили 64,7% от числа обследованных, из них 32,6% родилось недоношенными. Показана возможность развития воспалительного процесса в билиарной системе как сопутствующего заболевания при различных формах патологии у детей периода новорожденности, выделен комплекс симптомов, характеризующих холецистохолангит и варианты его течения, показана возможность перехода воспалительного процесса в билиарной системе, начавшегося у новорожденных, в хроническую форму в последующем возрасте детей.

Практическая ценность. Полученные результаты работы привлекают внимание практических врачей на возможность воспалительного поражения билиарной системы у новорожденных и грудных детей, как одного из очагов септикопиемии или сопутствующего очага при других заболеваниях, что должно привести к своевременному выявлению и лечению заболевания. Написано методическое письмо на тему: "Холецистохолангиты у новорожденных и детей первых месяцев жизни", которое включено в план издания Минздрава РСФСР на 1975 год.

Апробация работы. Основные разделы работы доложены и обсуждены на обществе детских врачей г.Свердловска в XII-1974г., на кафедре госпитальной педиатрии Свердловского Государственного медицинского института в I-1976г., на межобластной научно-практической конференции главных педиатров по теме: "Сепсис у детей" в IX-1976г. г.Свердловск.

Публикации. По результатам выполненных исследований опубликовано 3 статьи.

Объем работы. Диссертация изложена на 172 страницах машинописного текста и состоит из введения, четырех глав с тридцатью двумя таблицами и двенадцатью рисунками, заключения, выводов и списка литературы.

Глава I

О Б З О Р Л И Т Е Р А Т У Р Ы

Всего 40 лет прошло с тех пор, как А.Ф.Герштейн, М.А.Райдерман и В.Д.Понятовский впервые в отечественной педиатрии описали холецистит у детей как многолетнее хроническое заболевание с многообразной клинической картиной, а не только как

очень редкие случаи заболевания, требующие хирургического вмешательства, как это было принято ранее считать. Это стало возможным благодаря широкому применению в детской практике метода дуоденального зондирования. За истекшее время в работах советских педиатров подробно освещена клиническая картина заболевания, варианты его течения, вопросы этиологии и патогенеза, лечения и диспансерного наблюдения. Однако распространенность этого тяжелого, длительно текущего заболевания до сих пор остается высокой и составляет от 3,5 до 10,3% (М.С. Маслов, 1951; А.Ф. Смышляева, 1957; Е.Ф. Чамокова, 1966; К. Карабаев, 1972 и др.).

Довольно часто наблюдается и сопутствующее воспаление билиарной системы при болезни Боткина, ревматизме, пиелонефрите, бронхиальной астме, что увеличивает частоту этой патологии. Неспецифичность симптомов холецистохолангита, в ряде случаев латентное течение, затруднения в проведении дуоденального зондирования у детей определяют большой процент расхождения неправительного диагноза с клиническим, а также запоздалое поступление детей в стационары.

По данным М.Н. Студеникина (1965) в течение первого года от начала заболевания в стационары поступает 34% заболевших, а у остальных больных диагнозу "холецистит" почти всегда сопутствует определение "хронический".

Между тем, наши многолетние клинические наблюдения за новорожденными и детьми первых месяцев жизни с различной патологией убедили нас в том, что симптомокомплекс холецистохолангита довольно часто встречается среди больных данной возрастной группы.

В доступной нам литературе имелись описания хирургами казуистических случаев острого холецистита у детей грудного возраста, возникшего вследствие пороков развития билиарной системы или как осложнение острой кишечной инфекции. Вместе с тем находки патоморфологов свидетельствуют, что у детей грудного возраста, погибших от различных заболеваний, довольно часто встречается сопутствующее воспалительное поражение желчевыводящих путей, при жизни ни разу не диагностированное (А.Ф.Карлинская, 1943; К.Г.Пикулина, 1971 и др.).

В единичных работах педиатров (А.Т.Кузьмичева и соавт., 1970; Р.Б.Зайцева и Н.П.Хуравлев, 1971; Н.С.Тюрина и соавт., 1974) указывается на возможность воспалительного поражения билиарной системы у детей грудного возраста при болезни Боткина, стафилококковой инфекции.

Мы не встретили работ, освещающих состояние желчевыводящих путей при различных заболеваниях у доношенных и недоношенных детей в периоде новорожденности. Отсутствие общепринятой методики дуоденального зондирования новорожденных и грудных детей, данных о частоте холецистопатии среди них, неизученность клиники, диагностических возможностей, а также отсутствие сведений об исходах заболевания желчевыводящих путей послужило основанием для изучения этих вопросов.

Полученные нами результаты клинических наблюдений и лабораторных исследований, направленные на восполнение отсутствующих в литературе необходимых сведений по холецистохоланги-там у новорожденных и грудных детей, являются основным содержанием настоящей работы.

Глава II

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАБЛЮДАВШИХСЯ БОЛЬНЫХ И МЕТОДЫ ИХ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Истинное представление о состоянии желчевыводящих путей у новорожденных и грудных детей можно получить только после проведения дуоденального зондирования и исследования полученных порций дуоденального содержимого. Порции желчи А, В, С различаются по цвету, имеют щелочную реакцию, в клинической лаборатории производится их микроскопия с окраской на пероксидазу, в биохимической лаборатории определяется содержание в дуоденальном содержимом билирубина методом Ван-ден-Берга, холестерина - реакцией Либермана-Бурхарда, желевой кислоты - по Рейнхольду и Вильсону, белка - рефрактометрическим способом; цветная реакция желчи по Д.И. Синько; забор порций желчи для посева производится согласно инструкции с последующим высевом на среду Эндо, КСА, висмутосульфитный и рисовый агар.

Для сравнительного анализа обследовано состояние желчевыводящих путей у 20 здоровых новорожденных детей в возрасте 7-12 дней в условиях родильного дома.

Всего обследовано 142 больных. В периоде новорожденности было 92 больных (30 родилось недоношенными), от I до 12 мес. - 39 больных, старше 12 месяцев - II больных. Мальчиков обследовано 75, девочек 67. Всего произведено 269 дуоденальных зондирований, получено 587 порций желчи, сделано 572 посева, проведено 586 биохимических исследований.

Из общего числа обследованных 54 ребенка лечилось по поводу сепсиса, 22 - по поводу пневмонии, 21 - по поводу энтерско-

лита, 13 - по поводу холецистита, 6 - омфалита, 6 - гемолитической болезни новорожденных, 3 - по поводу пиелонефрита, 4 - по поводу ОРВИ, 13 больных с прочими заболеваниями.

У части детей тяжесть основного заболевания усугублялась сопутствующими страданиями: 29 детей перенесли внутричерепную родовую травму, у 17 - присоединилась ОРВИ, 42 - находились в состоянии гипотрофии, у 22 отмечались явления аллергического диатеза.

Из 142 матерей этих детей здоровыми были только 46 женщин (32,3%), 34 (23,9%) имели различные очаги хронической инфекции, 31 (21,8%) перенесли во время беременности различные заболевания, у 21 женщины (14,7%) были проявления токсикоза I и II половины беременности, у 10 женщин состояние здоровья не удалось выяснить.

Патологические изменения в желчи воспалительного характера выявлены у 85 больных, что составляет 62%. У большинства из них (72) эти изменения были сопутствующими при различных заболеваниях, у 13 больных других очагов инфекции на момент обследования не было обнаружено. Выявилась тенденция нарастания количества холецистохолангитов у девочек старше 6 месяцев. Патологические изменения в желчи выявлены у 73 из 85 больных в порции В, С или одновременно в В и С.

Математическая обработка результатов лабораторного обследования больных проведена на ЭВМ "Проминь" с вычислением средних значений, доверительных интервалов, установлением значимости в различии соответствующих показателей.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Одной из основных задач нашей работы было изучение состояния желчевыводящих путей у, подготавливаемых на их повреждение новорожденных детей, поскольку этот вопрос почти не изучен; они составили 64,7% всех обследованных (92 из 142). Основную часть составили дети с общесептическим процессом (46 из 92) с наличием у 11 больных по 4 и более септикопиемических очага, у 16 – по 3 очага, у 14 – по 2 очага инфекции.

По поводу пневмонии лечилось 15 больных, энтероколита – 12 больных, омфалита – 6, гемолитической болезни – 6, ОРВИ – 4 и прочих заболеваний – 3 больных. Из 92 больных новорожденных детей – 29 (31,5%) перенесли внутричерепную травму, у 17 (18,4%) присоединилась ОРВИ, 18 больных (19,5%) были в состоянии гипотрофии, 22 больных (23,8%) находились на искусственном вскармливании.

Из 92 обследованных новорожденных больных 30 детей родились недоношенными (32,6%). Их вес при рождении: до 1500 г – у 6 больных, до 2000 г – у 8 больных, до 2500 г – у 16 больных.

Патологические изменения в порциях желчи воспалительного характера (преимущественно в В и С) выявлены у 59 больных (40 родились доношенными, 19 – недоношенными), что составило 64,1%. У 57 больных холецистохолангит был одним из очагов септикопиемии или сопутствующим при других заболеваниях, у 2 больных холецистохолангит выявлен как самостоятельная нозологическая форма. Проведена сравнительная оценка частоты симптомов, встречающихся у больных новорожденных детей с патологическими изменениями

в порциях желчи и без них. Симптомы наиболее часто выявляемые у больных с воспалительными изменениями в порциях желчи условно разделены нами на: 1) симптомы нарушения функции желудочно-кишечного тракта - срыгивание и рвота, дисфункции кишечника (понос и запоры), вздутие живота, увеличение размеров печени; 2) симптомы общей интоксикации - бледность кожи, вялость, субфебрильная температура, снижение сосательной активности, патологическая весовая кривая, увеличение размеров селезенки.

Бактериологическое исследование порции желчи показало, что у доношенных новорожденных детей при холецистохолангите одинаково часто выделяется как патогенный стафилококк, так и кишечная палочка в чистой культуре или в сочетании с другими микробами; у недоношенных детей кишечная палочка выделялась значительно чаще, чем стафилококк, в порции А и В. В порции С - как у доношенных, так и у недоношенных детей, кишечная палочка и стафилококк выделялись одинаково часто.

Определение билирубина, холестерина и желевой кислоты в порциях желчи, проведенное у больных с общесептическим процессом, показало, что изменения в их содержании зависят не столько от наличия воспалительного поражения в желчевыводящих путях, сколько от изменения функции печени при сепсисе.

Цветная реакция желчи до Д.И.Финько у больных холецистохолангитом выявлялась чаще III и IV типа, т.е. такая же как и у здоровых новорожденных детей.

Таким образом, для диагностики холецистохолангита у больных в периоде новорожденности наибольшее диагностическое значение имеет, помимо клинических симптомов, микроскопическое исследование порций желчи. Наличие большого количества слизи,

осадка, кристаллов холестерина, лейкоцитов, окрашенных на пероксидазу, эпителиальных клеток – подтверждает диагноз.

В период новорожденности отмечается 2 варианта клинического течения холецистохолангита: 1) латентное, чаще при септикопиемии, когда проявление клинических симптомов основного заболевания, главным образом, симптомов токсикоза затухивает клиническую картину холецистохолангита. Решающим для установления диагноза являются результаты исследования порций желчи; 2) с клиническими проявлениями, чаще в виде присоединившихся и несвойственных основному заболеванию расстройств желудочно-кишечного тракта. Наличие холецистохолангита у новорожденного ребенка удлиняет сроки его лечения в стационаре: у доношенных детей средний койко-день увеличивается до 30,5 против 24,8, у недоношенных детей до 47,4 против 36,7.

Лечение новорожденных детей с наличием холецистохолангита соответствовало общим принципам лечения данной возрастной группы с использованием схемы лечения заболеваний билиарной системы у более старших детей, с обязательным лечением или предупреждением дисбактериоза кишечника. Из 59 больных с наличием холецистохолангита выписано из стационара без санации порций желчи 23 больных, что составило 39%.

Наиболее частыми симптомами в этот период заболевания являлись: вздутие живота, бледность кожи, дисфункция кишечника, рвота и срыгивания, увеличение размеров печени. Эти дети были взяты на диспансерный учет для наблюдения и лечения.

КЛИНИКА, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

В группе детей старше одного месяца жизни преобладающее большинство (39 из 50) составляли дети различных месяцев первого года жизни, и только 11 детей были в возрасте от 1 года до 1 года 10 месяцев.

24 ребенка из 50 были переведены на раннее искусственное вскармливание, 24 – находились в состоянии гипотрофии различной степени, у 22 детей отмечались проявления аллергического диатеза. Заболеваемость этой группы детей была исключительно высока. В клинику поступили только 6 детей, заболевших впервые.

Анамнестически установлено, что из 26 обследованных детей в возрасте первых шести месяцев жизни у 15 заболевание началось в периоде новорожденности, лечились же в стационаре только 4 ребенка. В группе старше 6 месяцев из 24 детей 9 перенесли различными заболеваниями уже по 4–5 раз (ОРВИ, пневмония, кишечная инфекция и др.).

У половины обследованных больных в возрасте старше одного месяца диагноз направляющего врача не совпал с клиническим. Отчасти это объясняется тем, что у 10 из 50 обследованных детей воспалительное заболевание желчевыводящих путей различной локализации (холецистит, холангит или их сочетание) было единственным выявленным очагом инфекции, у 7 больных не был своевременно диагностирован сепсис (дети до 6 месяцев), а холецистопатия являлась одним из очагов заболевания. Наиболее

часто больные с холецистопатией направлялись в клинику с диагнозом: пиелонефрит, сепсис, гипотрофия неясной этиологии, субфебрилитет неясной этиологии и др.

Ни у одного больного при направлении в клинику диагноз холецистохолангита не был заподозрен, а поэтому и не был поставлен. Это с очевидностью указывает на неосведомленность широкого круга педиатров о возможности существования этого заболевания и его клиники у новорожденных и детей первых месяцев жизни.

Воспалительный характер патологических изменений в желчи, преимущественно в порциях В и С, выявлен у 24 из 50 обследованных больных. У 18 из 24 больных с наличием холецистохолангита матери отмечали продолжительность отдельных симптомов болезни от 2 месяцев до 1 года 3 месяцев, что свидетельствует о длительности заболевания. Отставание веса тела наблюдалось у 14 детей, снижение аппетита вплоть до анорексии — у 12, наличие рвоты — у 9, длительный субфебрилитет — у 8, а у 2 детей подъем температуры до 38° без выявленной причины, плохой сон — у 3, вялость — у 7, дисфункция кишечника в виде неустойчивого стула — у 8, запоры — у 7.

В таблице I приведена сравнительная частота симптомов (в абсолютных цифрах и %) у детей периода новорожденности до 6 и старше месяцев жизни.

Таблица I

Сравнительная частота симптомов холецистохолангита
в зависимости от возраста ребенка

№ пп	Название симпто- ма	Новорожденные				От 1 до 6 мес.		Старше 6 мес.	
		Доношенные		Недоношенн.					
		абс. число	%	абс. число	%	абс. % число	абс. % число		
1.	Вздутие живота...	34	85	16	84,2	10	71,4	2	16,6
2.	Бледность кожи...	30	75	17	89,5	11	78,5	11	91,6
3.	Дисфункция кишеч- ника	22	55,5	13	68,5	6	42,8	7	56,3
4.	Рвота, срыгивание.	21	52,5	6	31,6	7	50	8	66,6
5.	Вялость, адинамия.	18	45	15	79	6	42,8	5	41,6
6.	Субфебрильная температура...	16	40	8	42,1	5	35,7	5	41,6
7.	Увеличение разме- ров печени...	14	35	5	26,3	7	50	5	41,6
8.	Снижение сосатель- ной активности...	12	50	7	36,8	4	28,5	6	50
9.	Патологическая весовая кривая...	12	30	5	26,3	8	57,1	9	75
10.	Увеличение селе- зенки ...	5	12,5	33	15,8	4	28,5	-	-

Как видно из таблицы, у больных холецистохолангитом (до 6-месячного возраста) частота симптомов почти такая же, как и у новорожденных детей. У больных в возрасте старше 6 месяцев, у которых анамнестически можно предполагать наличие холецистохолангита в течение нескольких месяцев, увеличивается процент больных гипотрофией до 75, имеют тенденцию к увеличению такие симптомы, как бледность кожи, рвота, дисфункция кишечника в

виде жидкого стула и запоров, снижение аппетита. Почти исчезает симптом вздутия живота, но более отчетливо определяется локальный симптом напряжения мышц в правом подреберии при пальпации живота; симптом вялости сменяется беспокойством, плохим сном по ночам, отсутствием интереса к игрушкам.

Бактериологическое исследование порций желчи показало, что выделяемость микрофлоры из всех порций составила 50%, одинаково часто вновь выделялся стафилококк, кишечная палочка, сочетание их с другими микробами.

Из биохимических исследований отмечено достоверное увеличение содержания билирубина в порции В ($29,59 \pm 14,64$ при норме $11,89 \pm 3,34$) и увеличение в ней содержания белка. У 22 из 26 больных холецистохолангитом детей выявлено состояние дисбактериоза кишечника, у 4 из них принявшего распространенную форму (аутофлора кишечника выделена из желчи порции В).

В анализе периферической крови отмечено снижение содержания количества эритроцитов ниже 4 млн в 1 мм^3 (по сравнению с данными А.Ф.Тура).

Средний койко-день больного с наличием холецистохолангита среди детей старше месячного возраста равен 27, но 21 из 26 больных (88,7%) выписан без санации порций желчи. Это наглядно подтверждает положение о том, что исход заболевания зависит от раннего выявления и лечения этого заболевания.

Диспансерное наблюдение в течение первого года жизни осуществлялось нами за 23 больными, перенесшими холецистохолангит в периоде новорожденности. Ежеквартально проводился осмотр, взвешивание, дуоденальное зондирование с исследованием

порции желчи.

Результаты наблюдений показали, что у II из них заболевание приняло хроническое (латентное или волнообразное) течение, давая обострение после интеркурентных заболеваний.

ВЫВОДЫ:

1. Воспалительное поражение желчевыводящих путей среди новорожденных и детей первых месяцев жизни встречается в виде сопутствующего другой инфекционной патологии и составило по нашим данным 64,2% от числа обследованных. У больных после 6-месячного возраста холецистохолангит чаще встречается как основная нозологическая форма.

2. Клинические симптомы у наблюдавшихся нами больных не являются специфичными только для холецистохолангитов. Однако наличие бледности кожи, вздутия живота, диспептических расстройств, вялости, увеличения размеров печени у новорожденного и ребенка первых месяцев жизни должно нацеливать врача в направлении выявления у него состояния желчевыводящих путей. У новорожденных детей наблюдается два варианта течения холецистохолангитов: латентное и с клиническими проявлениями.

3. У детей второго полугодия жизни преобладающими в клинической картине являются симптомы общей интоксикации — гипотрофия, анорексия, субфебрильная температура, изменение в поведении ребенка. Диспептические расстройства проявляются чаще в виде запоров и "немотивированно" возникающей рвоты.

4. Для выявления состояния желчевыводящих путей у новорожденных и детей первых месяцев жизни метод дуоденального зондирования является обязательным, также как и у взрослых больных. При соответствующем навыке его проведение не представляет больших трудностей как у доношенных, так и у недоношенных детей. Микроскопическое исследование полученных порций

желчи должно проводиться непосредственно после их получения, так как результаты его имеют в периоде новорожденности решающее значение для диагноза.

5. Изменения биохимического состава желчи у новорожденных детей зависят, по всей вероятности, не от воспалительного поражения желчевыводящих путей, а от нарушения функции печени при сепсисе.

6. При выявлении воспалительного поражения желчевыводящих путей должно проводиться целенаправленное комплексное лечение с обязательной профилактикой или лечением дисбактериоза кишечника.

7. Воспалительное поражение желчевыводящих путей, сопутствующее другим заболеваниям, удлиняет сроки пребывания ребенка в стационаре: у доношенных детей до 30,5 против 24,8; у недоношенных детей до 47,4 против 36,7 койко-дней. Несмотря на это по нашим наблюдениям 39% новорожденных и 80,7% больных холецистохолангитом старше месяца выписаны из клиники без санации порций желчи, однако более длительное время пребывания их в стационаре нецелесообразно из-за возможного внутрибольничного инфицирования, что диктует необходимость дальнейшего тщательного наблюдения и лечения в поликлинике.

8. Дети с диагнозом холецистохолангита должны в порядке диспансеризации наблюдаться и лечиться до полного выздоровления, так как в 18,6%, по нашим данным, наблюдался переход данной патологии в хроническую форму.

9. Из 85 больных холецистохолангитами детей первого года жизни ни у одного ребенка этот диагноз не был заподозрен направлявшим врачом. Это указывает на необходимость популяри-

зации результатов наших исследований с целью улучшения диагностических возможностей у постели больного ребенка, страдающего холецистохолангитом.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Состояние желчевыводящей системы при сепсисе у новорожденных детей. ВМД, 1972, 10, 36-39.

2. Клинико-лабораторные исследования желчевыводящей системы при сепсисе у новорожденных и детей первых месяцев жизни. Сборник "Сепсис и гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных и детей раннего возраста", Свердловск, 1973, 101-109.

3. Клиника и исход воспалительного процесса в желчевыводящей системе у новорожденных детей. Педиатрия, 1975, 3, 71-75.

19. II. 76. Заказ 24. Объем 1,3 п.л. Тираж 200

Свердловск, Ленина, 28. Репропринт СГМТ. НС 13 176

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Наименование учреждения, выработавшего предложения	Краткая характеристика предложения	Где и когда апробировано предложение	Наименование предприятия для внедрения в практику	Избранная форма внедрения	Срок обеспечения внедрения
Детская клиника Свердловского НИИ ОММ	1. Метод дуоденального зондирования новорожденных и детей первых месяцев жизни должен осуществляться специально изготовленным зондом. При соблюдении предложенной нами методики не представляет затруднения зондирование как доношенных, так и недоношенных детей. Может применяться для диагностики холецистохолангита в любом отделении патологии новорожденных или грудном отделении. Полученные порции желчи изучаются цитологически, бактериологически и биохимически. 2. Клиническая картина холецистохолангитов у детей периода новорожденности характеризуется преимущественно диспептическими расстройствами, к которым относятся: срыгивание или рвота, расстройства стула, вздутие живота, увеличение размеров печени. У детей второго полугодия жизни в клинической картине холецистохолангита преобладают симптомы общей интоксикации: бледность кожи, оставание веса тела, снижение аппетита, субфебрильная температура; диспептические расстройства проявляются в виде запоров и немотивированно возникающей рвоты. 3. Дети, перенесшие холецистохолангит в периоде новорожденности, подлежат диспансерному наблюдению и лечению у педиатра в течение всего первого года жизни с включением метода дуоденального зондирования 1 раз в квартал.	Отделение патологии новорожденных НИИ ОММ Отделение патологии недоношенных НИИ ОММ Грудное отделение НИИ ОММ 1971-1976г.г.	Отделение патологии новорожденных 5-й городской больницы г. Свердловска Отделения патологии новорожденных. г.Каменск-Уральский г.Первоуральск г.Ревда Свердловской области.	1. Лекция "Холецистохолангиты у новорожденных и детей первых месяцев жизни" 2. Практическое занятие: "Дуоденальное зондирование новорожденных детей". 3. Методическое письмо "Холецистохолангиты у новорожденных и детей первых месяцев жизни" 4. Рационализаторское предложение "Дуоденальное зондирование новорожденных детей".	Курсы усовершенствования при НИИ ОММ по теме: 1. "Гнойно-септические заболевания периода новорожденности" для врачей РСФСР 2. "Физиология и патология новорожденных". 3. 1973-1976г.г. (всего 12 лекций и 4 практических занятия). Включено в план издания МЗ РСФСР на 1975г. 1974г.