مقایسه یافته‌های سونوگرافی کیس‌های صفراء در کودکان و نوجوانان با و بدون اضافه وزن

چکیده

* مقدمه: یا توجه به ارتباط اضافه وزن و چاقی با اختلالات سیستم صفاوی، در این مطالعه یافته‌های سونوگرافی سیستم صفاوی در کودکان و نوجوانان با و بدون اضافه وزن مورد مقایسه قرار گرفت.
* مواد و روش‌ها: این مطالعه مقیاسی 223 کودک و نوجوان 18-18 ساله شرکات‌های براساس شاخه، توده بدنی در دو گروه نرمال و دارای اضافه وزن قرار گرفتند. وجود اختلافات سیستم صفاوی توسط سونوگرافی در دو گروه مقایسه شد.
* یافته‌ها: میانگین سنی افراد مطالعه 22/8±6/8 سال بود. میانگین قطر مجاری صفاوی در گروه دارای شاخه توده بدنی طبیعی/12 و گروه شاخه، توده بدنی بالا بود. این میانگین برای میانگین قطر مجاری صفاوی همبستگی مثبت با میزان 13/4 وجود داشت که معنی‌دار بود. (p=0/01). وجود اختلافات کیسه صفاوی در همگی طبیعی بود. بین شاخه توده، بدنی و شاخه جدار کیسه صفاوی نیز رابطه آماری معنی‌دار وجود نداشت.

* بحث و توصیه گیری: با تشخیص زودرس بیماری‌های صفاوی مرتبط با اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان می‌توان

* واژه‌های کلیدی: نامه توده، بدنی، سیستم صفاوی، کودکان و نوجوانان، سونوگرافی

آدرس مکاتبه: اصفهان، میدان جمهوری اسلامی، خیابان جرم، مرکز دانشگاه علوم پزشکی لرستان

رویا کلیشادی

پست الکترونیک: roya.kelishadi@gmail.com

* * *

پرانتئوس شماره ۱۸۵۰۳/۰۴۰۹-۱۳۹۸ / شماره پژوهشی ۹۰ / کد پژوهشی ۱۳۹۸/۰۴۰۹
مقایسه یافته‌های سونوگرافی کیسه صفراء در کودکان و نوجوانان با و بدون اضافه وزن

مقدمه
مشکل فراگیری‌سازی عمومی در دنیای متمدن امروزی، چاقی و پیامدهای روز افزون آن مبیان می‌شود. علی‌رغم تکثیری گسترده دست اندرکاران سلامت جهت بهبود وضعیت تغذیه و کاهش درد سافت در جلوگیری از بیماری‌های قلبی عروقی، افزایش به رشد در شیوع اضافه وزن و چاقی و مبتلایان به عوارض آن شاهد هستند. (1) عواملی برای تغذیه و افزایش، برروز بیماری‌های بزرگژانسی از جمله دیابت 2، 3 هیپرتانسور، هیپرپلیمب، سندرم متابولیک، و کبدچرب

است

براساس تجویز انجمن چاقی کودکان در اروپا و برای کن (BMI) نماهی توده بدنی (BMI) ۱۹% از دانش‌آموزان برای سن و جنس مشخص دانه‌داری (Obese) و افرادی که نماهی توده بدنی (BMI) (بیش از ۹۵ بر استاندارد) بازنگری می‌شود. (2)protocol

در این راستا در گیری با پیامدهای و بیماری‌هایی که با چاقی همراه بوده و آنها را تشخیص می‌گردد، جای بیحث و تحقیق بیشتری دارد. در مطالعات سپسای ارتباط واقعی بین در کودکان و بالغین و شیوع بیماری‌های کیسه صفراء

BMI نشان داده شده است. (3-5)

شیوع کلی سنگ کیسه صفراء در آمریکا ۱۵/۱۰٪ و در اروپا ۱۹/۱۳٪ گزارش شده است. (۲) و شیوع سنگ‌های صفراء در کودکان و نوجوانان ۹/۸٪ گزارش شده که این شیوع کم می‌تواند بعلت شیوع اندک سنگ صفراء و همچنین کم بودن مطالعات سونوگرافی کیسه صفراء در زمینه بررسی شیوع سنگ صفراء در طیف سن فاکتور باشد. (۶)

شیوع سنگ‌های صفراء در افراد مبتلا به کبد چرب غیرالگلی در کودکان نیز در حال افزایش است. (۷-۱۳) کبد چرب

غیرالگلی در کودکان نیز در حال افزایش است. (۷-۱۲) کبد چرب

با توجه به افزایش چاقی در کودکان، شیوع کبد چرب

غیرالگلی در کودکان نیز در حال افزایش است. (۷-۱۲) کبد چرب
مواد و روش‌ها

ارتباطات دستگاه سونوگرافی

برای بررسی مکانیزم توصیفی - تحلیلی بر روی ۳۷۲ نفر از کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله در شهر اصفهان انجام شد و بصورت خوشه‌ای تصادفی جدید مرحله‌ای در دو گروه BMI بالاتر (BMI ≥ 85) و BMI پایین‌تر انتخاب شدند.

تعداد افراد بانوان دو از این‌گونه تحقیقات به سمت جمعیت BMI بالاتر افزایش یافت. این دو گروه به‌طور گروهی و به‌طور جمعیت BMI بالاتر و BMI پایین‌تر انتخاب شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۷۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی این آزمون ۱۳±۳ سال بود. بیشترین دقیقه‌های تمرین مربوط به چربسازی BMI بالاتر بوده و کمترین دقیقه‌های تمرین مربوط به کم‌چربی BMI پایین‌تر بود.

میانگین وزن در این آزمون ۱۵۵ کیلوگرم بود. میانگین وزن برای پسران و دختران به ترتیب ۱۵۸±۱۸ و ۱۵۲±۱۸ بود.

در این گروه مربوط به بررسی مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن و توزین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.

در این گروه مکانیزم تفکر بدنی و BMI و میانگین BMI و وزن را بررسی کردند.

یافته‌ها در هر دو گروه BMI بالاتر و BMI پایین‌تر بررسی شدند.
جنس ونوع نداشت. آزمون X2 تفاوت معنی‌داری بین توزیع فراوانی BMI بر حسب جنس بیمار نشان داد.

از نظر وضعیت مجاری صفرایی، تعداد فرد مطالعه‌ای در موارد صفرایی طبیعی، موردی و میانگین (Dilated) میانگین (Contracted)

کربنات دی‌اتر 14% ± 32 میلی‌متر بود. قطر مجاری صفرایی در پیشان و دچتران به ترتیب 24% ± 12/2 و 31% ± 7/2 میلی‌متر بود و اختلاف بین دو جنس از نظر CBD وجود نداشت. میانگین قطر مجاری صفرایی در گروه‌های سه متفاوت در جدول 1 نشان داده شده است.

آزمایش تکراری‌ای نشان داد میانگین قطر مجاری صفرایی در گروه‌های مختلف سنی تفاوت آماری کاملاً معنی‌دار داشت (p < 0-01) و بر طبق آزمون همستگی بیرسون بین سن بیمار و قطر مجاری صفرایی در تمام گروه‌های سنی یک همستگی مستقیم به میزان 0-1/2 وجود دارد که از نظر آماری معنی‌دار بود (p < 0-01).

میانگین قطر مجاری صفرایی در افرادی که کبد چرب 14% ± 2/8 و در افراد غیر مبتلا 14% ± 7/2 میلی‌متر بود و طبق آزمون فروک اختلاف بین آن دو معنی‌دار نبوده است. بررسی داده‌های همان مطالعه نشان داد، میانگین قطر مجاری صفرایی برای افراد دارای وزن طبیعی 1/1 ± 2/7 و برای افراد دارای اضافه وزن و چاق 3/4 ± 9/8 میلی‌متر بود، بین میانگین قطر مجاری صفرایی BMI رابطه معنی‌داری وجود داشت (p < 0-01).

طبق بررسی عمل آمده وضعیت کمیسی صفرایی در 371 بیمار (79% بیمار مبتلا و 21% بیمار به‌طور طبیعی) نشان داده شد که 64% بیمار مبتلا با وضعیت چرب 5% توزیع BMI کبد چرب بود.

میانگین اندازه کبد در کل افراد مبتلا مطالعه‌ای 113/6 میلی‌متر بود. میانگین اندازه کبد در افراد دارای وزن نرمال 17/6 ± 3/11 و در افراد دارای اضافه وزن و چاقی t-test نشان داد پیوستگی BMI میانگین اندازه کبد و اختلاف معنی‌داری وجود دارد %18/1774 (p < 0-01) و طبق نتایج بیشتر، 66% نفر (p < 0-01) از افراد مبتلا مطالعه دارای کبد چرب بود. و 34% نفر (p < 0-01) از افراد یا 26% BMI دارای کبد طبیعی بودند و از افرادی (p < 0-01) که افرادی برای افراد دارای وزن طبیعی 3/2 ± 11/1 و برای افراد دارای اضافه وزن و چاق 3/2 ± 11/1 میلی‌متر بود، بین میانگین قطر مجاری صفرایی BMI رابطه معنی‌داری وجود داشت (p < 0-01).
بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر بیمارانی سوئیجی کیسه صفرای (مانند پولیپ کیسه صفرای سنگی) همچنین ضخامت جدار کیسه صفرای و کودکان و نوجوانان، افزایش ضخامت جدار کیسه صفرای و نوجوانان با وزن نرمال بررسی شد. همچنین رابطه بین ضخامت جدار کیسه صفرای و قطر و کبد چرب با آنالیز وزن مورد بررسی قرار گرفت. هیچگونه بی‌پراکنی کیسه صفرای مشاهده نشد که با توجه به خاصیت بی‌پراکنی کیسه صفرای در طیف سنی کودکان و نوجوانان قابل انتقال بود. در ضخامت کیسه صفرای گروه‌های BMI که نیز قبیل ا_um اعماده و، و نهایتاً شیوع کیسه صفرای مربوط به BMI و همکاران شیوع کیسه صفرای در کودکان بیماران نادر گزارش شده است. (مطالعه عمومی غرب شایع بودن سنگی و سایر بیماری‌های صفرای در کودکان و نوجوانان و افراد جوانتر از ۳۰ سال. سنگ صفرای در ۵ مورد حسنی گزارش شده است (۲۳) در بعضی بیماری‌های زیستی‌ای مانند اصلیت: بیماری‌های سنگی کارتنی مثل سایر بیماری‌های صفرای دیده شده است. اما در مطالعه ما هیچ کدام از دو گروه BMI بالا و BMI نرمال سنگ صفرای مشاهده نشد.

جدول شماره ۱-پیشنهادات سوئیجی کیسه صفرای در کودکان و نوجوانان با و بدون اضافه وزن

<table>
<thead>
<tr>
<th>جریب</th>
<th>ضخامت چندکیسه طبق (cm)</th>
<th>قطر مجاری صفرای مشترک (cm)</th>
<th>عدد (درصد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1/18±0/94</td>
<td>2/1±0/2</td>
<td>2/3±0/2</td>
<td>6/9/8</td>
</tr>
<tr>
<td>1/19±0/88</td>
<td>2/1±0/2</td>
<td>2/3±0/2</td>
<td>3/1/8</td>
</tr>
<tr>
<td>1/20±0/99</td>
<td>3±1/3</td>
<td>3±1/3</td>
<td>8/7/4/2</td>
</tr>
<tr>
<td>1/21±0/155</td>
<td>3/1±0/2</td>
<td>3/1±0/2</td>
<td>10/1/9/7</td>
</tr>
<tr>
<td>1/22±0/175</td>
<td>3/1±0/2</td>
<td>3/1±0/2</td>
<td>12/1/8/7</td>
</tr>
<tr>
<td>1/23±0/175</td>
<td>3/1±0/2</td>
<td>3/1±0/2</td>
<td>14/1/8/7</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>3/1±0/2</td>
<td>3/1±0/2</td>
<td>3/1/9/7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول شماره ۲-پیشنهادات سوئیجی کیسه صفرای افراد مورد مطالعه بر اساس شاخص توده بدنی

<table>
<thead>
<tr>
<th>شاخص وزن</th>
<th>ضخامت جدار</th>
<th>عدد (درصد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>پسر (۸/۷/۵/۲)</td>
<td>۸/۷/۵/۲</td>
<td>۹/۰/۷/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>دختر (۸/۷/۵/۴)</td>
<td>۸/۷/۵/۴</td>
<td>۱۱/۱/۲</td>
</tr>
<tr>
<td>کمربند</td>
<td>۸/۷/۵/۴</td>
<td>۲/۷/۵/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>کمربند</td>
<td>۸/۷/۵/۴</td>
<td>۲/۷/۵/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>کمربند</td>
<td>۸/۷/۵/۴</td>
<td>۵/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>کمربند</td>
<td>۸/۷/۵/۴</td>
<td>۱۱/۹/۹</td>
</tr>
<tr>
<td>کمربند</td>
<td>۸/۷/۵/۴</td>
<td>۱۱/۹/۹</td>
</tr>
<tr>
<td>کمربند</td>
<td>۸/۷/۵/۴</td>
<td>۱۱/۹/۹</td>
</tr>
<tr>
<td>کمربند</td>
<td>۸/۷/۵/۴</td>
<td>۱۱/۹/۹</td>
</tr>
</tbody>
</table>
متاثر با وزن بدنی و خستگی بعدی در افراد BMI متوسط با BMI صفر، احتمالاً شامل گروه‌هایی با وزن بدنی اضافی است که در مطالعه حاضر قطع 
CBDr نیز در این گروه کمتری می‌باشد. در مطالعه Niederan و Adibi همکاران (30)، میزان BMI در 
cbd و وزن و/

CBDr نیز در مطالعه حاضر قطع BMI به طوری که در افراد با وزن بدنی صفر در این مطالعات متناسب با BMI صفر نداشت 2/10 ± 2/31 mm. BMI صفر 12/3 ± 3/21 می‌باشد. در این مطالعات بین BMI صفر و CBD 
CBDr نسبت به افراد BMI صفر در واقع مربوط به افزایش وزن بدنی و خستگی بعدی در افراد BMI 
CBDr مشابه است. این نتایج با پژوهش‌های دیگر در این زمینه مطابقت دارد. 

CBDr نیز در مطالعه حاضر قطع BMI به طوری که در افراد با وزن بدنی صفر نداشت 2/10 ± 2/31 mm. BMI صفر 12/3 ± 3/21 می‌باشد. در این مطالعات بین BMI صفر و CBD 
CBDr نسبت به افراد BMI صفر در واقع مربوط به افزایش وزن بدنی و خستگی بعدی در افراد BMI 
CBDr مشابه است. این نتایج با پژوهش‌های دیگر در این زمینه مطابقت دارد.

CBDr نیز در مطالعه حاضر قطع BMI به طوری که در افراد با وزن بدنی صفر نداشت 2/10 ± 2/31 mm. BMI صفر 12/3 ± 3/21 می‌باشد. در این مطالعات بین BMI صفر و CBD 
CBDr نسبت به افراد BMI صفر در واقع مربوط به افزایش وزن بدنی و خستگی بعدی در افراد BMI 
CBDr مشابه است. این نتایج با پژوهش‌های دیگر در این زمینه مطابقت دارد.
مقایسه یافته‌های سونوگرافی کیسه صفراء در کودکان و نوجوانان با و بدون اضافه وزن

قطرسماانی و همکاران

در مطالعه حاضر بر اساس سونوگرافی روی ۱۷۱ کودک چاق و دارای اضافه وزن، ۲۴/۳ درصد مواردی که چربی عضلانی و ۱۹/۲ درصد مواردی که چربیانکی بودند و از کل کودکان و نوجوانان درصد کودکان چربی عضلانی ۷۲ درصد و درصد کودکان چربیانکی داشتند. مطالعات متعددی ارتقاء واضح بین کودک چربی عضلانی و BMI را نشان داده است. در مطالعه حاضر ۵۷ درصد افراد با وزن نرمال، ۳۶/۳ درصد افراد به اضافه وزن و ۲۳/۰ درصد افراد چاق بود. درصد کودکان چربیانکی در کودکان نیز در بهره‌برداری است. تبیین کلی کودک چربی عضلانی در کشورهای متفاوت در ۱۰ درصد نظارت گرفته شده است. بطور کلی کودک چرب در ۴ درصد کل کودکان و در ۲۲/۵ درصد کودکان چاق دیده می‌شود. کودک چربی عضلانی طبق مطالعات در حدود ۳ درصد افراد نرمال، ۱/۹ درصد افراد چاق و حدود ۵۰ درصد افراد بسیار چاق دیده می‌شود.

در نهایت می‌توان گفت که شیوع افزایش یافته‌های چاقی در کودکان و نوجوانان و ارتقاء واضح چاقی با بیماری‌های مختلف از جمله بیماری‌های سیستم سینافی‌ها و بیماری‌های مرگبار و جنگلی چربی عضلانی و نوجوانان چاق در سنین پایین‌تر و بالا تشخیص، به موقع بیماری‌های صفرایی مربوط به چاقی می‌توان از پیش‌رفت و نیز هزینه‌های درمان و استری این بیماران کاست.
References


