

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра: Неонатология

ТЕМА : МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

Проверила: Мустафазаде Т.Ш
Выполнил: Хамидулла Жамал
Факультет: Общая медицина 4 курс
Группа: 53-01

Алматы: 2014

ПЛАН

- 1. Определение желтухи
- 2. Классификация желтух
- 3. Причины надпеченочной желтухи
- 4. Симптомы надпеченочной желтухи
- 5. Причины печеночной желтухи
- 6. Классификация печеночной желтухи

ВВЕДЕНИЕ

- После рождения ребенок попадает в окружающую среду, совершенно отличительную от внутриутробной. Температурные, тактильные, зрительные, звуковые раздражители в корне отличаются от условий, в которых плод существовал лунных месяцев. Состояния, отражающие процесс адаптации к жизни, называют физиологическими.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ. КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛТУХ.

- Желтуха -это синдром, характеризующийся желтушным окрашиванием кожных покровов, слизистых оболочек и склер, обусловленный повышенным накоплением билирубина в сыворотке крови, а также других жидкостях и тканях организма.

ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЁННЫХ

- *- появление желтушного окрашивания кожи и слизистых оболочек у детей в первые дни их жизни вследствие нарушения билирубинового обмена. У здоровых детей физиологическая желтуха новорождённых возникает в связи с незрелостью ферментных систем печени.*



ПРИЧИНЫ ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННОГО

Повышенный распад эритроцитов. Он происходит из-за наличия в эритроцитах плодового гемоглобина (укорачивает жизнь Эритроцита). Из-за физиологической полицитемии- кровь более густая;

Низкий уровень белка в крови. Белок (альбумин) способствует переносу билирубина в печень, где происходит его обезвреживание;

Недостаточная зрелость печени, дефицит или снижение активности ферментов, участвующих в обезвреживании непрямого билирубина.

ВСЕ ЖЕЛТУХИ ДЕЛЯТСЯ НА 3 БОЛЬШИЕ ГРУППЫ:

Надпеченочные желтухи - связаны с повышенным распадом эритроцитов (гемолизом), когда печеночная клетка не способна утилизировать, конъюгировать и экскретировать образованный билирубин.

Печеночные желтухи (паренхиматозные). Связаны непосредственно с воспалительным процессом в печеночной ткани. В качестве классического примера можно привести вирусные гепатиты, пигментные гепатозы.

Подпеченочные желтухи (механические желтухи). Возникают в основном при различной соматической патологии - гастродуоденальная патология, опухоли, камни желчных путей и т.д. бывают при паразитарных заболеваниях.

АНАТОМИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ



МЕХАНИЧЕСКИЕ (ОБТУРАЦИОННЫЕ) ЖЕЛТУХИ

- Механические (обтурационные) желтухи возникают, если нарушается отток желчи. Причиной может быть нарушение проходимости желчных протоков из-за пороков развития, атрезии (недоразвития), новообразований (в том числе и со стороны других органов). При некоторых болезнях сама желчь становится густой и вязкой и скапливается в желчных путях. Они переполняются, и желчь поступает в кровяное русло, вызывая симптомы желтухи. Лечение зависит от причины желтухи, но в некоторых случаях без хирургического вмешательства не обойтись.
- *В настоящее время мам и малышей выписывают из роддома на 3–4-й день после родов. А значит, появление желтухи может быть отмечено уже дома. Очень важно, чтобы малыша сразу же после выписки взял под наблюдение педиатр: он сможет вовремя распознать симптомы и причины желтухи, проследить за развитием заболевания и предупредить возможные осложнения. И тогда ваше «золотце» легко перенесет свою вынужденную «золотистость» и быстро превратится в розовое сокровище.*

НОРМА БИЛИРУБИНА

- Общий -0,5-20,5 мкмоль/л
- Конъюгированный- 0-4,3 мкмоль/л
- Неконъюгированный -0- 16,2 мкмоль/л
- Видимая желтуха появляется уже при 34мкмоль/л.

АТРЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

- Атрезия желчных путей (особенно внутрипеченочных) в большинстве случаев связана с перенесенным внутриутробно гепатитом, чаще вызванным одним из реовирусов. У некоторых детей возникновение этого порока развития обусловлено неблагоприятными факторами, действовавшими на 4-8-й нед внутриутробной жизни. Обычно у таких детей имеются и пороки развития других органов (чаще почек, сердца, позвоночника).

КЛИНИКА

- Клиника атрезий желчных путей характеризуется появлением желтухи либо с первых дней жизни, либо в течение 2-3 нед жизни. Стул ахоличный, хотя первые дни жизни может быть и окрашен. Стеркобилина в стуле нет. Моча окрашена интенсивно. Желтуха прогрессивно нарастает за счет прямого билирубина. Печень увеличивается и становится плотной. К 2 мес жизни существенно увеличивается и селезенка, появляется портальная гипертензия с асцитом, ухудшается общее состояние. В первый месяц жизни общее состояние может быть не нарушено, и ребенок даже может прибавлять массу тела, неплохо сосать. Уже через неделю после появления обесцвеченного стула может развиваться витамин К-дефицитный геморрагический синдром, а после появления портальной гипертензии - кровавая рвота. К 5-6 мес жизни (без хирургической помощи) развиваются билиарный цирроз печени, периферическая нейропатия. Атрезия внутрипеченочных желчных протоков часто сочетается с наличием у детей других аномалий строения: лица, сердца, позвоночника, сосудистого русла печени. Помимо желтухи и ахолии стула могут быть и ксантомы на коже, зуд, стеаторея, геморрагический синдром, нервно-мышечные расстройства (утрата сухожильных рефлексов, признаки нарушения черепно-мозговой иннервации, парезы нижних конечностей - следствие дефицита витамина E).

ЭТИОЛОГИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

- Вызывается нарушением оттока желчи из печени в двенадцатиперстную кишку.
- Камни в желчных протоках (50%)
- Новообразования (40%) в протоках, большом дуоденальном соске, поджелудочной железе, желчном пузыре.
- Механическая желтуха может быть вызвана и другими причинами (10%) - стенозом БДС, стриктурой протоков, атрезией желчевыводящих путей, холангитом, панкреатитом, опухолями печени.

ПАТОГЕНЕЗ

- Механическое препятствие → застой и повышение давления → расширение и разрыв желчных капилляров → прямую гипербилирубинемию, гиперхолестеринемию, билирубинурию (отсюда темная окраска мочи - «цвет пива») и наличие желчных кислот в моче → не выделяется стеркобелин с калом (обесцвеченный кал) и мочой.

ДИАГНОСТИКА

- Диагноз требует обязательных дополнительных исследований: ультразвуковое исследование печени, операционная холангиография и др

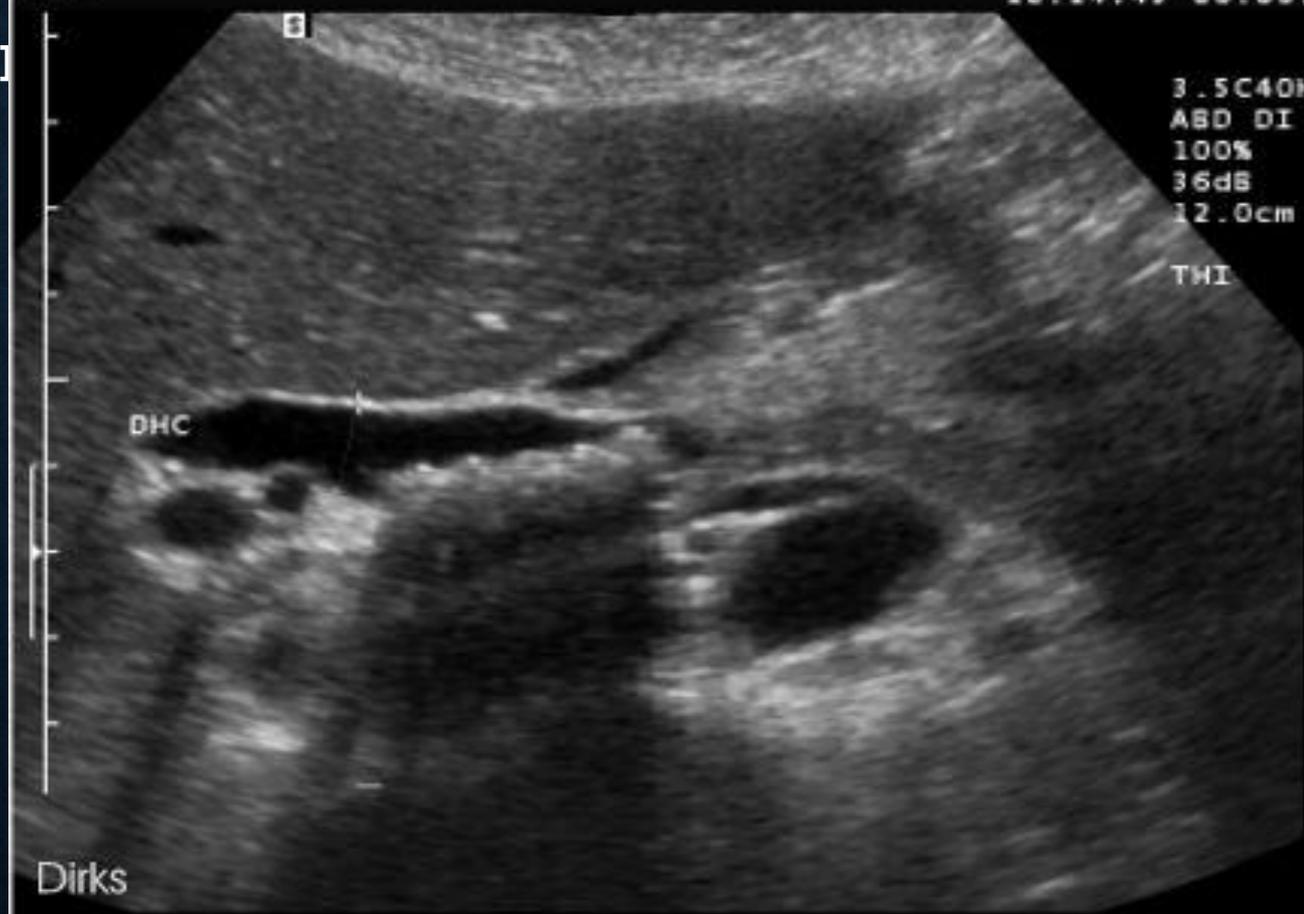
SENS

Klinikum Bayreuth
10.14.45 06.06.01

MI 1.0

3.5C40H/2.5
ABD DI
100%
36dB ZD3
12.0cm 22B/s
Z

THI



Dirks

11.3mm



SENS

Klinikum Bayreuth
16.24.08 19.03.02

MI 1.0



3.5C40H/2.5

ABD DI

100%

30dB ZD3

10.0cm 238/s

Z

THI

Dirks



- 2) Эндоскопические методы исследования.
- Вслед за УЗИ проводят эзофагогастродуоденоскопию.
- С помощью неё определяется патология верхних отделов ЖКТ: варикозное расширение вен пищевода, опухоли желудка, большого дуоденального сосочка, деформации желудка, двенадцатиперстной кишки вследствие сдавления извне.

- 3)
Рентгенконтрастные методики:
Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография и
чрезкожная чрезпеченочная холангиография.



ЛЕЧЕНИЕ

- При установленном диагнозе оперативное: либо холедохоеюностомия, либо протоэнтеростомия (операция Касаи - создание прямого анастомоза между декапсулированной вскрытой поверхностью печени в области ворот и кишечником), пересадка части печени. Без хирургического лечения дети погибают на 2-3-м году жизни. Чем раньше проведена операция, тем прогноз лучше. 25-50% рано оперированных детей переживают 5 и более лет, когда им делают пересадку печени. Исход зависит от наличия или отсутствия воспалительного и склеротического процесса в печени. До операции лечение поддерживающее. Глюкокортикоиды неэффективны, так же как и другие медикаменты
- В то же время раз в неделю надо вводить витамин К парентерально, периодически проводить курсы

- 2) Хирургическое лечение. Малоинвазивные инструментальные и прямые хирургические вмешательства на билиодигестивной системе.
- К малоинвазивным инструментальным методам относятся эндоскопические методы (лечебная ЭРХПГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), литотрипсией, литоэкстракцией, бужированием, дернированием протоков); чрезкожная чрезпеченочная холангиостомия (ЧЧХС) с наружным или наружно-внутренним дренированием;

- К прямым хирургическим методам относят дренирование через холецистостомическое отверстие; лапароскопическое дренирование холедоха; реконструктивные операции на желчных путях и наложение билиодегистифных анастомозов.

ЛИТЕРАТУРА.

- **ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА:**
- **ГЕППЕ Н.А., ПОДЧЕРНЯЕВА Н.С. ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ : УЧЕБНИК / РЕД.Н.А.ГЕППЕ,Н.С.ПОДЧЕРНЯЕВА. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2009. - 464 С. : ИЛ.**
- **КАПИТАН Т.В. ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ С УХОДОМ ЗА ДЕТЬМИ : УЧЕБ. ДЛЯ ВУЗОВ / Т. В. КАПИТАН. - М. : МЕДПРЕСС-ИНФОРМ, 2009. - 656 С. : ИЛ.**
- **КОБАЛАВА Ж. Д., МОИСЕЕВ. В. С. ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ: КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ : УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / РЕД.: Ж. Д. КОБАЛАВА, В. С. МОИСЕЕВ. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2008. - 400 С. : ИЛ.**
- **ЛИССАУЭР Т., КЛЕЙДЕН Г. ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ, ИЛЛЮСТРИРОВАННЫЙ УЧЕБНИК/ ПЕР. С АНГЛ. ПОД РЕД. Н.А.ГЕППЕ. – 3-Е ИЗД. – М., 2008. – 350 С.**
- **СТРУТЫНСКИЙ А.В. ОСНОВЫ СЕМИОТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ : УЧЕБ. ПОС. ДЛЯ МЕДВУЗОВ / СТРУТЫНСКИЙ А.В. [ET AL.]. - М. : МЕДПРЕСС-ИНФОРМ, 2006. - 300 С. : ИЛ.**
- **ПОЛУШКИНА Н. Н. ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ : УЧЕБ.ПОС.ДЛЯ МЕДВУЗОВ / ПОЛУШКИНА Н.Н., КЛИПИНА Т.Ю. - М. : ВЛАДОС, 2005. - 288 С. - (КОНСПЕКТЫ ЛЕКЦИЙ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ)**

Спасибо за внимание

