

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kurovaya-rabota/233324>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Медицина

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 5

1.1. Особенности обмена билирубина у новорожденных 5

1.2. Классификация желтух 7

1.3. Клиническая картина желтух 8

ГЛАВА 2. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛТУХАХ У ДЕТЕЙ 13

2.1. Диагностика желтух у детей 13

2.2. Лечение желтух у детей 17

2.3. Профилактика желтух у детей 20

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 22

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 24

ВВЕДЕНИЕ

Желтухой называют окрашивание в желтый цвет кожи, склер, слизистых оболочек, вызванное отложением билирубина вследствие избыточного накопления его в крови.

Желтуха относится к наиболее частым симптомам неонатального периода и в подавляющем большинстве случаев у детей этой возрастной группы не связана с тяжелым заболеванием. Примером является желтуха «здоровых новорожденных», не влияющая на развитие ребенка. Желтуха наблюдается у 65–70 % новорожденных на первой неделе жизни, но только примерно в 10 % случаев она является патологической. Желтуха встречается в 2–3 случаях на каждую 1000 человек в год. За последние 10 лет число больных желтухой увеличилось примерно в 1,5 раза.

Недооценка анамнеза, позднее назначение обследования приводят к диагностическим ошибкам, исправить которые удастся далеко не всегда. Особое внимание необходимо уделять прямой гипербилирубинемии, в основе которой могут лежать пороки развития билиарного тракта, другие врожденные и приобретенные заболевания гепатобилиарной системы, в терапии которых могут быть успешны желчегонные средства. Прогноз при аномалиях развития билиарного тракта напрямую связан с быстротой постановки диагноза и проведением оперативного лечения. Знание различий между прямой и непрямой гипербилирубинемиями у детей раннего возраста необходимо для своевременного обследования и лечения ребенка.

Цель: Изучить особенности лечения, дифференциальной диагностики и профилактики желтух у детей.

Задачи:

1. Рассмотреть особенности обмена билирубина у новорожденных;
2. Изучить этиологию и классификацию желтух у детей;
3. Ознакомиться с клинической картиной желтух;
4. Проанализировать лечебно-диагностическую тактику при желтухах у детей.
5. Изучить профилактику желтух.

Объект: Пациенты детского возраста с желтухами.

Предмет: Особенности лечения, дифференциальной диагностики и профилактики желтух у детей.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ

1.1. Особенности обмена билирубина у новорожденных

У новорожденных скорость образования билирубина значительно выше и составляет 8–10 мг/кг в сутки, что обусловлено: – большим количеством эритроцитов, циркулирующих в крови; – более короткой продолжительностью жизни эритроцитов. У доношенного новорожденного она составляет 80–90 дней, а у недоношенного в зависимости от ГВ колеблется в пределах 40–70 дней, тогда как у взрослых — 100–120 дней; – наличием фетального Hb, состоящего так же, как и Hb у взрослого, из четырех полипептидных цепей (2 α и 2 γ), но отличающегося составом аминокислот и физико-химическими свойствами.

Функционирующий венозный проток и уменьшенная перфузия крови в пространства Диссе препятствуют полноценному захвату билирубина гепатоцитами.

У здорового новорожденного содержание альбумина в плазме крови ниже, чем у взрослых, и составляет около 30–35 г/л. Этого количества, как правило, достаточно для того, чтобы связать весь СБ, образующийся в организме новорожденного. Циркулирующий в крови СБ, прочно связанный с альбумином, не способен выходить за пределы сосудистого русла. Вместе с тем альбумин новорожденного связывает СБ не так эффективно, как альбумин взрослого человека. Билирубинсвязывающая способность альбумина постепенно увеличивается после рождения и к 5 мес жизни достигает показателей взрослых.

Активность специфических транспортных белков, в частности γ -протеина, к моменту рождения снижена и достигает активности взрослых только к 7–10-му дню жизни. Низкая активность γ -протеина в первые дни жизни, даже при отсутствии гемолиза и достаточной концентрации альбумина, может способствовать нарастанию СБ в сыворотке крови новорожденного.

Активность уридиндифосфатглюкуронилтрансферазы у новорожденных детей снижена, в то время как у взрослого человека она в 100 раз выше, чем требуется для конъюгации СБ, образующегося в организме. Кроме того, способность клеток печени новорожденного образовывать билирубинмоноглюкуронид выше, чем билирубиндиглюкуронид.

У новорожденных в желчь поступает не только диглюкуронид, но и моноглюкуронид билирубина. При этом до 15–20% конъюгированного билирубина может определяться в крови. Это объясняется как незрелостью экскреторных механизмов, так и повышенной проницаемостью межклеточных соединений, обуславливающих поступление компонентов желчи в кровь. Экскреторная функция гепатобилиарной системы ребенка достигает таковой взрослого человека к 4–6-й неделе жизни.

Процесс экскреции билирубина в желчь у плода и новорожденного имеет некоторые особенности. У 16-недельного плода в желчи обнаруживаются только неконъюгированные β -изомеры билирубина. К 20–23-й неделе гестации в желчи преобладают изомеры СБ IXa в виде конъюгатов с глюкозой и ксилозой. К моменту рождения СБ экскретируется в желчь исключительно в виде моноглюкуронида. С током желчи билирубин в конечном счете попадает в двенадцатиперстную кишку, где немедленно подвергается деконъюгации. Следовательно, в двенадцатиперстной кишке и проксимальном отделе тонкой кишки содержится СБ, который подвергается реабсорбции. Высокая скорость реабсорбции СБ у новорожденных обусловлена:

- замедленной перистальтикой кишечника;
- отсутствием в первые дни жизни кишечной флоры, превращающей СБ в мезобилиноген (уробилиноген);
- наличием СБ в меконии (1 г мекония содержит до 1 мг СБ).

Все перечисленные выше особенности обмена билирубина в первые дни жизни способствуют транзиторному повышению концентрации СБ в крови новорожденных и возникновению физиологической желтухи.

1.2. Классификация желтух

Желтуха (icterus) – желтое окрашивание кожных покровов и слизистых оболочек в результате накопления билирубина в сыворотке крови и последующего его отложения в тканях из-за нарушения динамического равновесия между скоростью его образования и выделения. В норме (при определении по методу Йендрашика) общее содержание билирубина в сыворотке крови составляет 3,4–20, 5 мкмоль/л, непрямого (неконъюгированного, или свободного) билирубина – до 16,5 мкмоль/л, прямого (конъюгированного, или связанного) – до 5,1 мкмоль/л. Иктеричность склер становится заметной при повышении билирубина более чем в 2 раза, а кожных покровов – 4–6 раз.

Классификация.

Существует 5 механизмов развития желтухи:

- избыточная продукция билирубина из-за повышенного распада гемоглобина;
- нарушение захвата и переноса билирубина в гепатоцит;

- нарушение процесса конъюгации билирубина;
- уменьшение экскреции билирубина в желчь;
- обструкция желчевыводящих путей.

Первые три механизма приводят к повышению преимущественно свободного (непрямого) билирубина, последние два – связанного (прямого) билирубина.

По патогенезу выделяют 3 типа желтухи:

- надпеченочная (гемолитическая);
- печеночная (паренхиматозная);
- подпеченочная (механическая, или обтурационная)

По степени выраженности:

- легкая (общий билирубин до 85 мкмоль/л);
- умеренная (общий билирубин 86 – 170 мкмоль/л);

1. Болезни печени и желчевыводящих путей. / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М., 2005. – 536 с.
2. Блум С., Вебер Д. Справочник по гастроэнтерологии, гепатологии. М., 2010. – 592 с.
3. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение. / Под ред. А.В. Калинина, А.Ф. Логинова, А.И. Хазанова. – М., 2011. – 864 с.
4. Горяйнова А. Н. , Анцупова М. А., Захарова И. Н. Желтухи здорового новорождённого: причины, течение, прогноз // Медицинский совет. — 2017, № 19.
5. Дифференциальная диагностика синдрома желтухи у детей : учеб.-метод. пособие / Т. А. Артемчик [и др.]. – Минск : БГМУ, 2017. – 31 с.
6. Дифференциальная диагностика детских болезней / под ред. В. А. Доскин, З. С. Макарова. Москва, 2011. – 599 с.
7. Ефимов М. С., Дегтярёв Д. Н. Желтухи новорождённых. Неонатология. Национальное руководство. — ГЭОТАР-Медиа. — 2014. — С. 410-416.
8. Желтухи неонатального периода : учебно-методическое пособие / А. К. Ткаченко [и др.]. – Минск : БГМУ, 2017. – 68 с.
9. Захарова И. Н. И др. Желтухи у новорождённых и детей раннего возраста. — М.: Российская медицинская академия последиplomного образования Минздрава РФ. — 2018. — С. 26-40.
10. Коровина Н. А., Заплатников А. Л., Кешищян Е. С., Пыков М. И., Рюмина И. И., Горяйнова А. Н. Неонатальные желтухи: пособие для врачей. – Министерство здравоохранения РФ. – 2004.
11. Синдром желтухи в клинике инфекционных болезней: уч. пос. для студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело» / Сост.: Д. А. Валишин, О. И. Кутуев, Д. Х. Хунафина, А. Н. Бурганова, Т. А. Хабелова, Л. Р. Шайхуллина, А. Т. Галиева, Г. Р. Сыртланова, Р. С. Султанов. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2014. – 42 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kurovaya-rabota/233324>