

СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ

Доцент кафедры инфекционных
болезней с курсом ИДПО Просвиркина
Татьяна Дмитриевна

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Желтуха — это полиэтиологический синдром, характеризующийся желтушным окрашиванием кожи и слизистых оболочек вследствие накопления в тканях избыточного количества билирубина.

ЖЕЛТУХА \neq ИНФЕКЦИЯ

**ЖЕЛТУХА НЕОБЯЗАТЕЛЬНО
ПРИЗНАК ИНФЕКЦИОННОГО
ЗАБОЛЕВАНИЯ !!!**

ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ПРЕВРАЩЕНИЯ

Нужна помощь?

БИЛИРУБИНА

К
Р
О
В
Ь

ГЕМОГЛОБИН=ГЛОБИН + ГЕМ

ГЕМ – оксигенация – БИЛИВЕРДИН

БИЛИВЕРДИН – биливердин-редуктаза – НЕПРЯМОЙ
БИЛИРУБИН



П
Е
Ч
Е
Н
Ь

НЕПРЯМОЙ БИЛИРУБИН-глюкуронил-трансфераза –
БИЛИРУБИН-ГЛЮКУРОНИД (ПРЯМОЙ)



УРОБИЛИНОГЕН В МОЧЕ
СТЕРКОБИЛИН В КАЛЕ

Классификация желтух

- надпеченочные (гемолитические)
- печеночные (паренхиматозные)
- подпеченочные (механические)

НАДПЕЧЕНОЧНЫЕ ЖЕЛТУХИ

Нужна помощь?



Возникают в результате усиленного гемолиза эритроцитов и избыточного образования свободного(неконъюгированного) билирубина в условиях сниженного функционального состояния печени.

ПЕЧЕНОЧНЫЕ ЖЕЛТУХИ

Могут возникать вследствие нарушения функции захвата, конъюгации и экскреции билирубина печеночными клетками.

Паренхиматозные желтухи связаны с воспалительным поражением печени.

ПОДПЕЧЕНОЧНЫЕ ЖЕЛТУХИ

Нужна помощь?

Возникают вследствие механического препятствия нормальному оттоку желчи.

Калькулезный холецистит

Опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны

Кисты холедоха

ОТДЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ И МОЧИ

Нужна помощь?



Показатель	Норма
Билирубин общий	8,5- 20,5 мкмоль/л
непрямой	До 16,5 мкмоль/л (75%)
Аланинаминотрансфераза АЛТ	До 40 МЕ
Аспартатаминотрансфераза АСТ	До 40 МЕ
Тимоловая проба	0-5 ед.
Гамма – глютаминтранспептидаза (ГГТ)	До 800 нмоль/(с.л)
Щелочная фосфатаза (ЩФ)	До 280 МЕ
Общий анализ мочи	
Уробилин	положительный
Желчные пигменты	отсутствуют

Интенсивность желтухи в зависимости от уровня билирубина в крови

Нужна помощь?

Степень окрашивания кожных покровов	Уровень общего билирубина в сыворотке крови, мкмоль/л
Слабо выраженная, субиктеричность (заметна при хорошем естественном освещении)*	≥ 35
Умеренно выраженная	86 — 170
Яркая	> 170

ЖЕЛТУХА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Нужна помощь?

Желтуха наблюдается у **65–70 %** новорожденных на **первой неделе жизни**, но только в **10 % случаев** она является патологической.

ПЕЧЕНОЧНЫЕ (ПАРЕНХИМАТОЗНЫЕ) ЖЕЛТУХИ

Врожденные гепатиты у детей -это группа гетерогенных заболеваний, возникающих в результате внутриутробного воздействия патогенных факторов на печень плода. Клинически могут проявляться холестатическим синдромом, гепатоспленомегалией, отставанием в психофизическом развитии, неврологической симптоматикой.

ЭТИОЛОГИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛТУХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Нужна помощь?

- Вирусный гепатит В
- Цитомегаловирус
- Герпесвирус
- Энтеровирус Коксаки
- Листерелла , токсоплазма и др.

- Желтуха при сепсисе (стафилококковый гепатит)

Вирусный гепатит В, актуальность

Нужна помощь?

2000 год – 62 000 случаев (из них 2600 детей)

Эпидемия ВГВ в России была остановлена массовой вакцинацией новорожденных и подростков.

2020 год - выявлено 516 случаев острого ВГВ (из них 5 (!) детей)* снижение по сравнению с 2019 годом - на 38%

Массовая вакцинация новорожденных снижает риск вертикальной передачи инфекции от матери, а также снижает заболеваемость детей хроническим гепатитом, циррозом и раком печени.

Ликвидации этой инфекции препятствует большое число носителей и ежегодно выявляемых больных-хроников, которые еще десятилетия будут источниками инфекции.

2020 год – зарегистрировано **6374** случая хронического гепатита В (из них у детей до 17 лет -**17** случаев !!)

* - сведения об инфекционных заболеваниях в РФ (форма №1)

Вирусный гепатит В у детей

раннего возраста

Нужна помощь?

- Перинатальное заражение новорожденных от инфицированных матерей регистрируется в 1 % случаев. Ежегодно в мире на **100 новорожденных 1 ребенок заражен ВГВ.**
- Подавляющее большинство (**90 %**) новорожденных заражается **внутриутробно или в родах** и лишь около **5 %** — при последующем тесном общении с матерью .

Группы риска по вирусному гепатиту В

- Дети, родившие от матерей -носителей HBsAg, больных ВГВ или перенесших ВГВ в третьем триместре беременности; не имеющих результатов обследования на ВГВ
- Дети от матерей, употребляющих наркотические и/или психотропные вещества
- Из семей, где есть носитель HBsAg, или больной острым или хроническим ВГВ

Риски заражения плода и новорожденного ВГВ

Нужна помощь?

- 1) развитие острого ГВ у матери в III триместре беременности
- 2) носительство матерью HBsAg в сочетании с положительным HBeAg и отсутствием анти-Hbe
- 3) высокая вирусная нагрузка (ДНК вируса гепатита В (ВГВ) — 200 000 МЕ/мл и выше методом ПЦР.

Пути передачи гепатита В у детей раннего возраста

Нужна помощь?

Трансплацентарный путь - редко, не более 10%.

При реализации других путей риск достигает 40%:

Вертикальный путь - в процессе родов путем контаминации околоплодными водами, содержащими кровь, поэтому предпочтительнее кесарево сечение

После родов – при попадании крови матери из трещин сосков через микротравмы, на слизистую полости рта ребенка

Варианты течения ВГВ у детей Нужна помощь?

раннего возраста

- бессимптомное течение с лабораторными признаками поражения печени и стойкими положительными реакциями на HBsAg-**хронизация происходит в 90 % случаев !**
- развитие **злокачественной формы - тяжелого острого гепатита с некрозом печени летальным исходом в 5 % случаев**
- бессимптомное течение и развитие легких форм гепатита с положительными реакциями на HBsAg с последующим выздоровлением

Вирусный гепатит В у детей раннего возраста

Нужна помощь?

- Развивается чаще в конце второго – начале третьего месяца жизни (однако инкубационный период может пролонгироваться до 6 месяцев)
- Характеризуется типичными признаками паренхиматозного поражения печени: срыгивание, анорексия, рвота, лихорадка, желтуха, темная моча, ахоличный стул, гепатомегалия и/или спленомегалия.
- Как правило, перинатальный (врожденный) ГВ представляет собой асимптомное заболевание, в отличие от других врожденных инфекций характеризуется **только поражением печени с отсутствием изменений со стороны других органов и систем.**

Лабораторная диагностика вирусного гепатита В

Нужна помощь?

- Гипербилирубинемия в основном за счет прямой фракции
- Гиперферментемия (АЛТ, АСТ – увеличение в десятки раз и выше)
- Повышение тимоловой пробы
- Билирубинурия (желчные пигменты+) – весь желтушный период
- Уробилин отриц.- на высоте желтухи; появляется на спаде желтухи
- ИФА- выявление HBsAg , анти- HBcor IgM, анти- HBe IgM
- ПЦР – выявление ДНК HBV

ВРОЖДЕННЫЕ ИЛИ НЕОНАТАЛЬНЫЕ ЖЕЛТУХИ

Нужна помощь?

- **Этиология:** цитомегаловирус, герпесвирус, листерелла и др.
- Желтуха появляется **сразу после рождения**, выражена умеренно, может сохраняться более месяца
- Состояние ребенка тяжелое, отмечаются гипотрофия, мраморность, общий цианоз
- Выражена гепатоспленомегалия, увеличение печени и селезенки сохраняются несколько месяцев
- Могут быть проявления геморрагического синдрома: высыпания на коже, подкожные кровоизлияния, желудочные кровотечения

ВРОЖДЕННЫЕ ИЛИ НЕОНАТАЛЬНЫЕ ЖЕЛТУХИ

Нужна помощь?

- Дети долго остаются вялыми, плохо прибавляют в массе
- Симптомы поражения печени сочетаются с **другими проявлениями внутриутробного инфицирования** (пороки развития ЦНС, сердца, почек, легких, ЖКТ)
- Имеет место **неблагоприятный акушерский анамнез матери**
- При врожденных гепатитах повышается уровень **альфа-фетопротеина**
- **Решающее значение в постановке диагноза** имеет выявление специфических антител IgM к возбудителям цитомегалии, листереллеза и др. методом ИФА , ПЦР

Поражение печени при сепсисе

Нужна помощь?

- Желтуха возникает **вторично**, на фоне выраженного септического процесса и тяжелого общего состояния ребенка
- Б/х анализ крови- несоответствие между высоким уровнем прямого билирубина и **низкой активностью АЛТ, АСТ**
- В **ОАК** в отличии от **ВГВ** – лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом и ускоренная СОЭ
- Выделение возбудителя из крови и других очагов инфекции

Физиологическая желтуха

- желтуха появляется к **концу вторых – началу третьих суток жизни;**
- **начинает угасать с конца первой недели жизни;**
- **у доношенных исчезает на 2-й неделе жизни, у недоношенных — более интенсивна и держится от 4 до 6 недель**
- при физиологической желтухе кожные покровы не имеют шафранового оттенка, не характерно волнообразное течение,
- общее состояние ребенка не страдает, отсутствует гепатолиенальный синдром, моча и кал обычной окраски.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

Нужна помощь?

Лабораторные критерии:

- общий билирубин повышается за счет **непрямой** фракции, АЛТ, АСТ- в норме
- пик подъема билирубина приходится на **4–5-е** сутки у доношенных, на **7–8-е** сутки жизни у недоношенных новорожденных;
- в **ОАК** -нормальные значения гемоглобина, эритроцитов, ретикулоцитов, гематокрита.

Н.Ф.Филатов о желтухе новорожденных

Нужна помощь?

- Icterus neonatorum - желтуха новорожденных
- Верным признаком желтухи вообще служит желтая окраска кожи и склер. Физиологическая желтуха характеризуется , во 1-х, *возрастом* ребенка, так как начинается на 2-3 день жизни; во 2-х: ребенок покоен, хорошо берет грудь, не лихорадит, что исключает септическую желтуху: в 3-х – *нормальным желтым цветом испражнений* (в противоположность врожденному закрытию желчного протока) и, в 4-х, *доброкачественным течением*, так как физиологическая желтуха всегда кончается выздоровлением через несколько дней.

Н.Ф.Филатов о желтухе новорожденных

Нужна помощь?



- Септическая желтуха протекает с сильным лихорадочным состоянием, упадком сил и другими симптомами сепсиса.
- Желтуха от закрытия желчного протока характеризуется чрезвычайно резко выраженной желтой окраской покровов при бесцветных испражнениях.
- Лечение физиологическая желтуха никакого не требует.

Н.Ф.Филатов « Краткий учебник детских болезней» Для студентов последних семестров, 1909 год, девятое издание, С.69

Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН)

Нужна помощь?

В 95 % обусловлена
иммунологическим конфликтом
при несовместимости крови
матери и плода по резус- фактору ,
в остальных случаях АВ0-
антигенам и реже по другим
групповым факторам .

Классификация ГБН

По ведущим клиническим проявлениям:

желтушная форма — 90 %;

анемическая — 10–20 %

отечная форма — 2 %;

Желтушная форма ГБН

Основной клинический признак — раннее появление желтухи в первые часы или сутки жизни.

Максимальной выраженности желтуха достигает на **2–4-й день жизни.**

Отмечаются гепато- и спленомегалия

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ

Нужна помощь?

1. Раннее начало и раннее появление желтухи.
2. Цвет кожных покровов от ярко-желтого (шафранового) до лимонно-желтого.
3. Общее состояние зависит от **выраженности гемолиза и степени гипербилирубинемии.**
4. В первые часы жизни, как правило, отмечается гепатоспленомегалия.
5. **Нормальная окраска кала и мочи.**

Лабораторные критерии ГБН

- определение группы крови и резус-фактора у новорожденных;
- биохимический анализ крови: **увеличение общего билирубина за счет непрямой фракции**
- **общий анализ крови: отмечается снижение гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов; содержание ретикулоцитов составляет более 7 %, нормобластов более 50 %, умеренный лейкоцитоз**
- АСТ, АЛТ, ЩФ в норме

КОНЪЮГАЦИОННЫЕ ЖЕЛТУХИ

Нужна помощь?

Синдром Криглера–Найяра I типа

Тип наследования: аутосомно-рецессивный.

Развитие заболевания обусловлено

отсутствием фермента

глюкуронилтрансферазы в печени

вследствие мутации гена UGT1A1.

Клиника синдрома Криглера–

Нужна помощь?

Найяра I типа

Заболевание носит злокачественный характер . Желтуха появляется в первые часы жизни, отмечается быстрый и неуклонный рост билирубина (до 500–700 мкмоль/л и выше за счет непрямой фракции). Характерно развитие «ядерной» желтухи. Стул ахоличен. Отсутствует эффект от назначения фенобарбитала. Фототерапия и заменное переливание крови обеспечивают лишь кратковременное снижение уровня билирубина. Дети обычно погибают на первом году жизни от ядерной желтухи.

Другие конъюгационные желтухи (Ротора, Дубина-Джонсона)

1. Характерно более позднее начало желтухи, после 1–2-х суток жизни .
2. Желтуха обычно **продолжает нарастать после 4-х суток жизни.**
3. **Желтуха не угасает после 2–3-й недели жизни.**
4. Кожные покровы имеют оранжевый оттенок.
5. Общее состояние ребенка обычно удовлетворительное, при выраженной гипербилирубинемии оно может ухудшаться.
6. Отсутствует гепатоспленомегалия.
7. **Нормальная окраска мочи и кала**

Лабораторные критерии

Нужна помощь?

конъюгационных желтух:

1. Почасовой прирост билирубина и его максимальная концентрация обычно превышают цифры, характерные для физиологической желтухи.
2. Общий билирубин крови повышается за счет непрямой фракции
3. В отличие от ГБН нормальные значения гемоглобина, эритроцитов и ретикулоцитов в общем анализе крови .

ПОДПЕЧЕНОЧНЫЕ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Нужна помощь?

Частота возникновения пороков развития желчных путей составляет **6–8 %** от всех врожденных аномалий. В популяции — **1 случай на 10 000–20 000 новорожденных**. Выделяют внутрипеченочную и внепеченочную атрезию желчных путей.

?? – сколько новорожденных родилось в РБ в 2020 г.

АТРЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ЖВП)

Нужна помощь?

- **Желтуха, обесцвеченный кал и темная моча** появляются сразу после рождения ребенка (полная атрезия) или в течение первого месяца (частичная атрезия)
 - При полной атрезии желтуха **нарастает**, приобретает **шафрановый**, в дальнейшем зеленовато-грязный цвет
 - Состояние ребенка в первые месяцы не страдает, но **в 3-4 месяца из-за развития цирроза** дети становятся вялыми, плохо прибавляют в массе
 - Выражена гепатоспленомегалия, **печень плотная**
 - Могут быть проявления геморрагического синдрома: высыпания на коже, подкожные кровоизлияния, желудочные кровотечения, кровавая рвота, стул с кровью
 - **Без оперативного вмешательства больные умирают на 7-9 месяце жизни от прогрессирующей печеночной недостаточности**
- Ошибочный диагноз педиатров – затянувшаяся желтуха!!**

Лабораторная диагностика атрезии ЖВП

Нужна помощь?

1. Биохимические признаки холестаза: повышение прямой фракции билирубина более 20 %, ЩФ, ГГТ, холестерина, β -липопротеидов, желчных кислот
2. АЛТ, АСТ, тимоловая проба первые 3 месяца остаются нормальными, умеренно повышены при прогрессировании желтухи.
3. Нарушение синтетической функции печени (снижение концентрации альбумина, фибриногена, ПТИ < 80 %) при прогрессировании желтухи.
4. Отрицательные результаты маркеров ВГВ

Инструментальные методы в диагностике атрезии ЖВП

Нужна помощь?

- МРТ- наиболее точный метод среди неинвазивных методов исследования, позволяющий безошибочно установить диагноз
- УЗИ печени.
- Гепатобилиарная сцинтиграфия: имеет достаточно высокую чувствительность, выявляет отсутствие поступления радиоизотопного вещества в кишечник наряду с удовлетворительной поглотительной и накопительной функциями печени.
- Ретроградная холангиопанкреатография.

Каротиновая желтуха

Возникает как следствие избыточного употребления морковного сока, мандаринов и других желто-зеленых фруктов и овощей.

Желтуха в отличии от ВГВ более интенсивная на ладонях, стопах, ушных раковинах, вокруг рта, около носа.

Нет желтушного прокрашивания слизистых!

Общее состояние детей не нарушено.

Показатели билирубина, АЛТ, АСТ И др. в норме.

Важен анамнез!

ТАКТИКА ВРАЧА-ПЕДИАТРА ПРИ СИНДРОМЕ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

При осмотре новорожденного с желтухой врачу необходимо ответить на следующие вопросы

- **когда появилась желтуха, какова ее динамика ?**
- **каково общее состояние ребенка ?**
- **каков характер желтухи (оттенок) ?**
- **как меняются размеры печени и селезенки ?**
- **каков цвет мочи и кала ?**
- **есть ли геморрагические проявления ?**

ТАКТИКА ВРАЧА-ПЕДИАТРА ПРИ СИНДРОМЕ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Нужна помощь?

- Учет данных объективного осмотра
Динамика желтухи!
- Лабораторные показатели в выписке из роддома и в динамике
- Наличие прививок от ВГВ у матери, обследование матери во время беременности ; отца на ВГВ

ТАКТИКА ВРАЧА-ПЕДИАТРА ПРИ СИНДРОМЕ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- ОАК с лейкоформулой
- При сохраняющейся желтухе повторно Б/Х анализ крови (билирубин, фракции, АЛТ, АСТ, ЩФ, тимоловая проба)
- Кровь на обнаружение маркеров гепатитов (ИФА, ПЦР)
- УЗИ органов брюшной полости
- Консультация хирурга, инфекциониста, гематолога, гастроэнтеролога

Важность проведения вакцинопрофилактики ВГВ

Нужна помощь?

Главным фактором риска развития ВГВ у детей раннего возраста является **нарушение схемы иммунопрофилактики**, что дает возможность для активной репликации вируса у новорожденного.

У новорожденных индекс хронизации составляет до 90 %, в связи с чем вакцинопрофилактика всех новорожденных является не только фактором защиты от инфицирования, но и **профилактикой формирования ХГВ**.

??- каков процент хронизации ВГВ и ВГС у взрослых

ЖЕЛТУХА У ДЕТЕЙ Нужна помощь?

СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

- Надпеченочные (гемолитические) желтухи
- Печеночные (паренхиматозные)
- Подпеченочные (механические)

ПЕЧЕНОЧНЫЕ (ПАРЕНХИМАТОЗНЫЕ)

желтухи у детей старшего возраста

Инфекции с поражением паренхимы печени

Вирусные гепатиты А, В, С, Д, Е, F, TTV ...

- Инфекционный мононуклеоз
- Кишечный иерсиниоз
- Висцеральная форма герпетической инфекции
- Описторхоз и другие глистные инвазии

? Сколько на сегодня известно

Нужна помощь?

вирусов ,вызывающих гепатит

Еще в 1996 году Н. Margolis - руководитель отдела эпидемиологии гепатитов CDC (Центр контроля и предупреждения болезней, США)подчеркивал, что всегда останется ниша для открытия других вирусных гепатитов, и никому неизвестно, будет ли когда-либо исчерпан « гепатитный алфавит».

С.Н. Соринсон в монографии « Вирусные гепатиты в клинической практике, 1996 г.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А

- Характерный эпиданамнез
- Короткий преджелтушный период
- Быстрое развитие желтухи. С появлением желтухи улучшение состояния.
- Гепатомегалия
- Насыщенная моча, обесцвеченный кал

Лабораторная диагностика ВГА

- Гипербилирубинемия в основном за счет прямой фракции
- Гиперферментемия (АЛТ, АСТ)
- Повышение тимоловой пробы
- Билирубинурия (желчные пигменты+) – весь желтушный период
- Уробилин отриц.- на высоте желтухи; появляется на спаде желтухи
- ИФА- выявление анти- HAV IgM
- ПЦР – выявление РНК HAV

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В

- Характерный эпиданамнез
- Преджелтушный период более длительный
- Постепенное развитие желтухи (нарастание, плато, спад) . **С появлением желтухи состояние не улучшается.** Возможен зуд кожи, проявления геморрагического синдрома
- Гепатомегалия. Спленомегалия
- Насыщенная моча, обесцвеченный кал

Лабораторная диагностика ВГВ

- Гипербилирубинемия в основном за счет прямой фракции
- Гиперферментемия (АЛТ, АСТ)
- Повышение тимоловой пробы
- Билирубинурия (желчные пигменты+) – весь желтушный период
- Уробилин отриц.- на высоте желтухи; появляется на спаде желтухи
- ИФА- выявление HBsAg , анти- HBcor IgM, анти- HBe IgM
- ПЦР – выявление ДНК HBV

Гепатолиенальный синдром при инфекционном мононуклеозе

Нужна помощь?

Печень увеличивается у 98 % больных с первых дней болезни, максимума размеры достигают к 4-10 дню. Край печени – острый, плотный, слегка болезненный при пальпации. В половине случаев печень выступает не более 2 см ниже реберной дуги, в остальных случаях – на 2,5-5 см. Иногда отмечается **небольшая желтушность кожи и склер, которая может сохраняться 2-3 недели.** Параллелизма между размерами печени и желтухи нет. Печень уменьшается к **концу 1 месяца, иногда может сохраняться 3 месяца.** Функциональные пробы печени (билирубин, АЛАТ) увеличены незначительно.

Увеличение селезенки при ИМ отмечается в те же сроки, что и печени. Нормализуются раньше, к концу 3 недели.

Другие основные клинические признаки инфекционного мононуклеоза

- поражаются преимущественно дети и взрослые до 20 лет
- начало болезни **чаще острое**, реже постепенное
- **высокая, длительная лихорадка**, которая сохраняется в течение **7 - 15 дней**
- лакунарно-фолликулярный характер тонзиллита с налетом, легко снимающимся шпателем
- частое сочетание тонзиллита с назофарингитом, увеличение носоглоточной миндалины, приводящее к нарушению носового дыхания
- лимфаденопатия с преимущественным увеличением передних и заднешейных лимфоузлов
- пятнисто-папулезная экзантема

Поражение печени при кишечном иерсиниозе

Нужна помощь?

Проявляется гепатомегалией, в ряде случаев – желтушным окрашиванием кожи, склер, потемнением мочи, **умеренным повышением** трансаминаз и билирубина в крови. Возможно развитие спленомегалии.

Опорные признаки кишечного иерсиниоза

Нужна помощь?

П

- Характерный эпиданамнез
- Острое начало болезни
- Выраженная интоксикация
- Высокая и длительная лихорадка
- Синдром поражения ЖКТ- диарея
- Полиорганные поражения
- Лабораторно: в ОАК лейкоцитоз с нейтрофилезом, ускоренная СОЭ. РА, РНГА

Висцеральная форма герпетической инфекции

Нужна помощь?

Чаще всего встречается поражение печени. Характерно наличие клинико-биохимических синдромов с гепатитами В и С, однако на фоне желтухи могут отмечаться выраженная лихорадка и признаки стоматита. Часто развивается ДВС-синдром. Наблюдаются поражения почек, легких, пищевода. Лабораторно- ИФА, ПЦР на герпетическую инфекцию.

Описторхоз и другие глистные инвазии

Нужна помощь?

Общие симптомы с ВГ : желтуха, увеличение печени, артралгии, повышение температуры, диспепсические явления.

В отличии от ВГ- тах температуры и интоксикации в желтушном периоде; резкая болезненность печени; **активность АЛТ, АСТ незначительно повышена.**

В ОАК- лейкоцитоз, эозинофилия, ускорена СОЭ.

Диагностика описторхоза

Нужна помощь?

- В анамнезе указание на употребление рыбы из семейства карповых

Лабораторная диагностика:

- серологическая реакция с использованием описторхозного диагностикума;
- анализ кала на яйца паразитов;
- анализ дуоденального содержимого;
- ИФА.
- Дополнительно могут назначаться инструментальные диагностические процедуры: УЗИ, КТ или МРТ.

НАДПЕЧЕНОЧНЫЕ (ГЕМОЛИТИЧЕСКИЕ) ЖЕЛТУХИ у детей старшего возраста

- Указания на перенесенные анемии, другие заболевания, протекающие с усиленным гемолизом (отравления, постртрансфузионные осложнения), массивные кровоизлияния и тд
- Нет указаний на контакт с желтушным больным. Отсутствует преджелтушный период
- Первые клинические признаки - проявления анемии: головокружение, потливость, бледность кожи и слизистых
- Желтуха неинтенсивная, лимонного оттенка, без холурии и ахолии
- в ОАК : анемия, микросфероцитоз, лимфоцитоз, повышенная СОЭ
- в б/х анализе крови : умеренное повышение непрямой фракции билирубина;
- нормальные показатели АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы.

Синдром Жильбера

- наследственное заболевание, связанное с преимущественным нарушением захвата и конъюгации билирубина, проявляющееся умеренной желтухой с периодическим ухудшением на фоне физического напряжения, фебрильных заболеваний, погрешностей в диете, стрессов, голодания.
- заболевание впервые проявляется в **3 -13 лет, юношеском возрасте, в 8-10 раз чаще у мужчин.**
- наличие родственников с периодической гипербилирубиемией.

Синдром Жильбера

- желтуха проявляется иктеричностью склер, лица, ушных раковин, твердого неба, а так же подмышечных областей, ладоней, стоп;
- ксантелазмы век, рассеянные пигментные пятна на коже;
- печень выступает из подреберья на 1,5-3,0 см у **20%** детей, консистенция ее обычная, **пальпация безболезненная;**
- селезенка не пальпируется;
- у ряда больных могут быть множественные стигмы дисэмбриогенеза.

Синдром Жильбера

- В б/х анализе крови: умеренное увеличение билирубина за счет непрямой фракции, **нормальные показатели АЛТ, АСТ, тимоловой пробы**
- ОАК – в норме
- Отсутствие маркеров вирусных гепатитов

ПОДПЕЧЕНОЧНЫЕ ЖЕЛТУХИ

у детей старшего возраста

Нужна помощь?

Причина появления желтухи - закупорка общего желчного протока опухолью, кистой или камнем при желчнокаменной болезни

Отличия подпеченочных желтух

от вирусных гепатитов

Нужна помощь?

- нет указаний на контакт с желтушным больным
- отсутствие преджелтушного периода
- начало заболевания **острое с появления приступообразных болей в животе с иррадиацией в правое плечо и лопатку**
- **желтуха кожи слабовыраженная, может появиться после очередного приступа болей**
- размеры печени умеренно увеличены
- пальпация желчного пузыря болезненная, положительные точки желчного пузыря

Диагностика подпеченочных желтух

Нужна помощь?

- **ОАК:** лейкоцитоз, нейтрофиллез, повышенная СОЭ
- **существенно повышен** уровень щелочной фосфатазы при **нормальных показателях АЛТ, АСТ**, умеренном повышении билирубина.
- **Инструментальные методы исследования:** УЗИ органов брюшной полости, холецистография и др.

Поражение печени при заболеваниях

Нужна помощь?

крови (острый лейкоз, лимфогранулематоз)

- В отличие от гепатита В, поражение печени часто возникает на фоне стойкого повышения температуры, резко увеличенной селезенки, увеличения периферических лимфоузлов, быстропрогрессирующей анемии, характерных гематологических изменений.
- Печень значительно увеличена : выступает на 3-5 см из-под реберной дуги
- Умеренно повышены АЛТ, АСТ, непрямой билирубин

Токсическое поражение печени

Это структурное изменение ткани (обратимое и необратимое) под воздействием поражающих химических веществ.

Причины:

- Лекарственные средства: антибактериальные, **противотуберкулезные**, противосудорожные (барбитураты), нестероидные противовоспалительные средства и препараты для химиотерапии
- Растительные яды: горчак, крестовник, яды грибов...
- Алкоголь и наркотики

Токсическое поражение печени

Нужна помощь?

1. Анамнез: получение информации о приеме чего-либо (контакте с чем-либо), в том числе о дозировке и длительности приема (контакта). Сопоставление имеющегося поражения с описанием возможной реакции на вещество в литературных данных.
2. Оценка реакции на отмену (прерывание контакта) с подозреваемым веществом.
3. Исключение алкогольного, вирусного, аутоиммунного гепатита и других форм патологии печени при помощи лабораторных и инструментальных исследований
4. УЗИ, КТ и МРТ печени
5. Б/х крови

Тактика врача- педиатра при синдроме желтухи старшего возраста

- Тщательный сбор анамнеза жизни и эпиданамнеза, сведений о прививках от ВГВ
- Учет данных объективного осмотра (характер желтухи, болей в животе, гепато/гепатоспленомегалия, изменение цвета мочи и кала, другие признаки)
- ОАК
- Б/Х анализ крови (билирубин, фракции, АЛТ, АСТ, ЩФ, тимоловая проба)
- Кровь на обнаружение маркеров гепатитов (ИФА, ПЦР)
- УЗИ органов брюшной полости
- Консультация в **первую очередь** хирурга, инфекциониста, гематолога, гастроэнтеролога