

# **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 ≠ ИНФЕКЦИЯ**

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

# ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ПРЕВРАЩЕНИЯ 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

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

Возникают вследствие механического препятствия нормальному оттоку желчи.

Калькулезный холецистит

Опухоли гепатопанкреатодуodenальной зоны

Кисты холедоха

# ОТДЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ И МОЧИ

Нужна помощь?



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

# Интенсивность желтухи в зависимости от уровня билирубина в крови

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

# ЖЕЛТУХА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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, гепатосplenомегалией, отставанием в психофизическом развитии, неврологической симптоматикой.

# ЭТИОЛОГИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛТУХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- Вирусный гепатит В
- Цитомегаловирус
- Герпесвирус
- Энтеровирус Коксаки
- Листерелла , токсоплазма и др.
  
- Желтуха при сепсисе ( стафилококковый гепатит)

# Вирусный гепатит В, актуальность

**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

- 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 большой острым или хроническим ВГВ

## Риски заражения плода и новорожденного ВГВ

- 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 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 печении  
**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

- 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, ахолический 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

- 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

- 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 гепатосplenомегалия, увеличение печени и селезенки сохраняются несколько месяцев
- Могут быть проявления геморрагического синдрома: высыпания на коже, подкожные кровоизлияния, желудочные кровотечения

# ВРОЖДЕННЫЕ ИЛИ НЕОНАТАЛЬНЫЕ ЖЕЛТУХИ

- 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

- 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

## 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

- 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

- 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.
- Лечения 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)

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

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 гепатосplenомегалия.
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

**Синдром Криглера–Найяра I типа**

Тип наследования: аутосомно-рецессивный.

Развитие заболевания обусловлено  
**отсутствием** фермента  
глюкуронилтрансферазы в печени  
вследствие мутации гена UGT1A1.

# Клиника синдрома Криглера– 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 гепатосplenомегалия.
7. **Нормальная окраска мочи и кала**

# Лабораторные критерии 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 отличии от ГБН нормальные значения гемоглобина, эритроцитов и ретикулоцитов в общем анализе крови .**

## ПОДПЕЧЕНОЧНЫЕ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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)

- **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 гепатосplenомегалия, **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

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 повышенны** 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

- 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

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 СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Нужна помощь?

- 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 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. Сplenомегалия
- 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- HBc or IgM, анти- HBe IgM
- ПЦР – выявление ДНК HBV

# Гепатолиенальный синдром при инфекционном мононуклеозе

**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
- лимфоаденопатия с преимущественным увеличением передних и заднешейных лимфоузлов
- пятнисто-папулезная экзантема



# Поражение печени при кишечном иерсиниозе

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

# Опорные признаки кишечного иерсииоза

- 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

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

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

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

**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, посттрансфузионные 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, микросферацитоз, 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 гипербилирубией.

# Синдром Жильбера

- желтуха проявляется иктеричностью склер, лица, ушных раковин, твердого неба, а так же подмыщечных 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

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

# Отличия подпеченочных желтух от вирусных гепатитов

- 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

- **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 крови (острый лейкоз, лимфогранулематоз)

- В отличии 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 повышенны 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/гепатосplenомегалия, 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**