

Дифференциальная диагностика неонатальных желтух



Выполнила: Мельчукова
Владлена.

Гр.51ф 1бр.

Преподаватель:
Соколова Л. И.

Желтухи новорожденных

Желтуха - визуальное проявление гипербилирубинемии, которое отмечается у доношенных при уровне билирубина 85 мкмоль/л, у недоношенных - более 120 мкмоль/л.





- Интенсивность желтухи зависит от уровня билирубина и меняется с повышением концентрации непрямого билирубина от светло-лимонной до интенсивно шафрановой. При патологическом увеличении уровня прямого (конъюгированного) билирубина кожа приобретает оливково-желтый или зеленоватый оттенок.

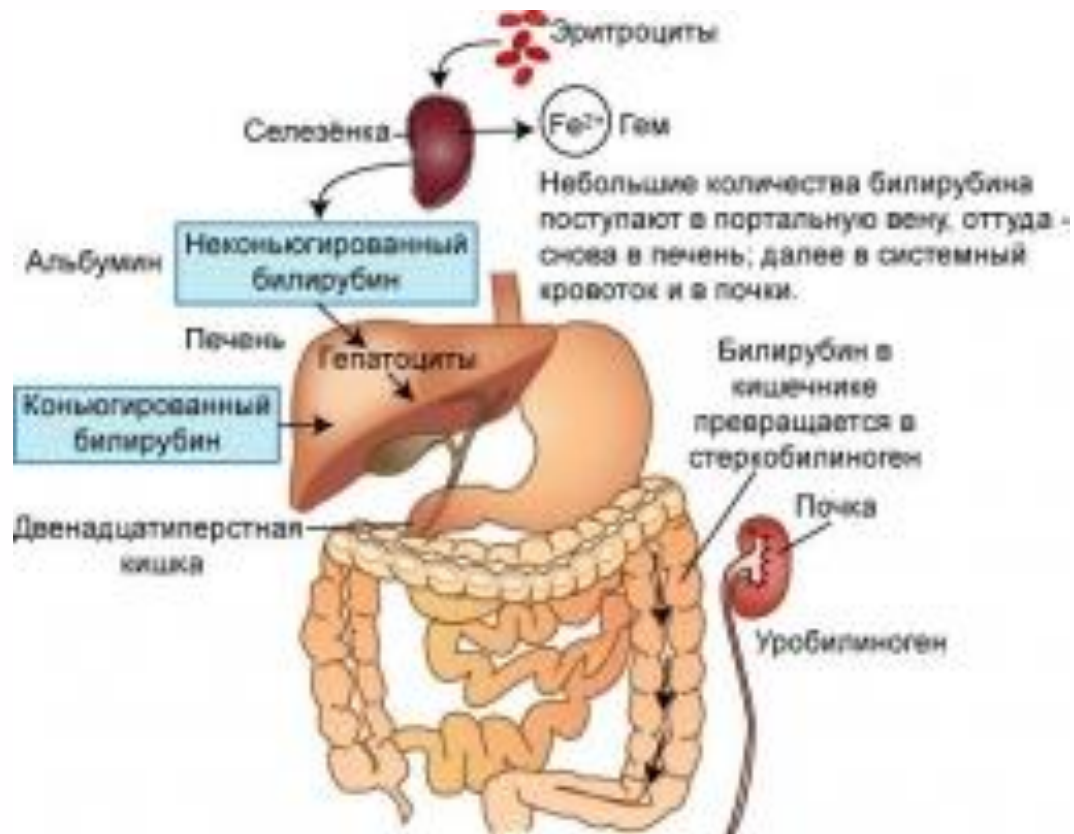
- В первую очередь желтушное окрашивание появляется на склерах и слизистой твердого неба, а лишь затем на коже. У доношенных новорожденных видимая желтуха развивается при уровне билирубина около 75 - 85 мкмоль/л, а у недоношенных и маловесных к сроку гестации – 95 - 105 мкмоль/л, что связано с меньшей толщиной и выраженностью у них подкожно-жировой клетчатки.





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

Этапы обмена билирубина



Классификация неонатальных желтух



Учитывая многообразие причин гипербилирубинемии у новорожденных, существует много классификаций неонатальных желтух.

- I. Так, все желтухи можно разделить на физиологическую (до 90% желтух новорожденных) и патологические (10% всех желтух).
- II. По генезу все желтухи подразделяются на наследственные и приобретенные.
- III. По лабораторным данным все неонатальные желтухи делятся на две основные группы:
 - 1. гипербилирубинемии с преобладанием непрямого билирубина;
 - 2. гипербилирубинемии с преобладанием прямого билирубина.

Классификация желтух новорожденных (А. Грегень, 1994)

- **1 Конъюгационная желтуха**
 - 1.1 Физиологическая (транзиторная) желтуха новорожденных
 - 1.2. Желтуха недоношенных новорожденных
 - 1.3. Наследственная желтуха (синдромы Жильберта, Криглера-Наджара и Люцея-Дрископа)
 - 1.4. Желтуха детей, которые находятся на естественном (грудном) вскармливании (синдром Ариеса)
 - 1.5. Желтуха у детей с асфиксией
 - 1.6 Медикаментозная желтуха
 - 1.7 Желтуха у детей с эндокринной патологией

● 2 Гемолитическая желтуха

- 2.1 Гемолитическая болезнь новорожденных
- 2.2 Эритроцитарная мембранопатия (анемия Минковского-Шоффара, пикноцитоз и др.)
- 2.3 Эритроцитарная ферментопатия (дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, гексокиназы и др.)
- 2.4 Гемоглобинопатии (талассемия, серповидно-клеточная болезнь)

● 2.5. Полицитемия

● 3 Механическая или обтурационная желтуха.

- 3.1. Пороки развития желчевыводящих протоков (атрезия).
- 3.2 Внутрипеченочная гипоплазия.

● 3.3 Внутриутробная желчекаменная болезнь.

- 3.4 Сдавление желчных ходов опухолью.



● 4 Паренхиматозная желтуха

- 4.1 Фетальный гигантоклеточный гепатит
- 4.2 Фетальный гепатит, связанный с внутриутробными инфекциями (цитомегалия, листериоз, токсоплазмоз, герпес, вирусный гепатит А, В, ни А ни В, Д)
- 4.3 Токсико-септическое поражение печени при сепсисе.
- 4.4 Токсико-медикаментозное поражение печени.
- 4.5 **Желтуха** при наследственных заболеваниях обмена веществ (галактоземия, муковисцидоз).

Физиологическая желтуха

Начало: 2-3 сутки
максимум 4-5, у
недоношенных 7е
сутки

**Физиоло-
гическая
желтуха**

Моча: окрашена
нормально,
реакция на
билирубин
отрицательная

Билирубин:
повышен,
непрямой,
почасовой
прирост
не > 0,19 мг

Гемолитическая болезнь новорожденных

Начало: с рождения и на 1-2 сутки жизни, максимум на 3-4 сутки.

Общее состояние: при тяжелых формах быстро ухудшается.

Увеличения: печени, селезенки.

Билирубин в крови: повышен, не прямой, почасовой прирост превышает 0,2 и >5 мг в сутки.

Анемия: нарастает и зависит от тяжести болезни с эритробластозом.

Геморрагическая сыпь: может появиться на 3-5 сутки.

Моча: интенсивно окрашена. Реакция Гмелина +.

Серологические исследования: резус или АВО-несовместимость.

Желтуха Минковского-Шоффара

Осмотическая стойкость эритроцитов: понижена.

Начало: может быть с первых дней, временами ослабевает, но не исчезает

Анемия: умеренная или значительная, ретикулацитоз, микроглобулия.

Моча: интенсивно окрашена реакция Гмелина -

Печень и селезенка увеличены.

Гемор.сыпь: может быть

Общее состояние : нарушено только при тяжелых формах

Билирубин в крови: повышен, не прямой, зависит от степени гемолиза.

Врожденные дефекты развития



Желтуха при сепсисе



Инфекционный гепатит

Начало: различно, чаще позже 2-3 суток или 1-3 недели.

Общее состояние: заметно нарушается.

Билирубин в крови: повышен, преобладает прямой.

Анемия: развивается позже.

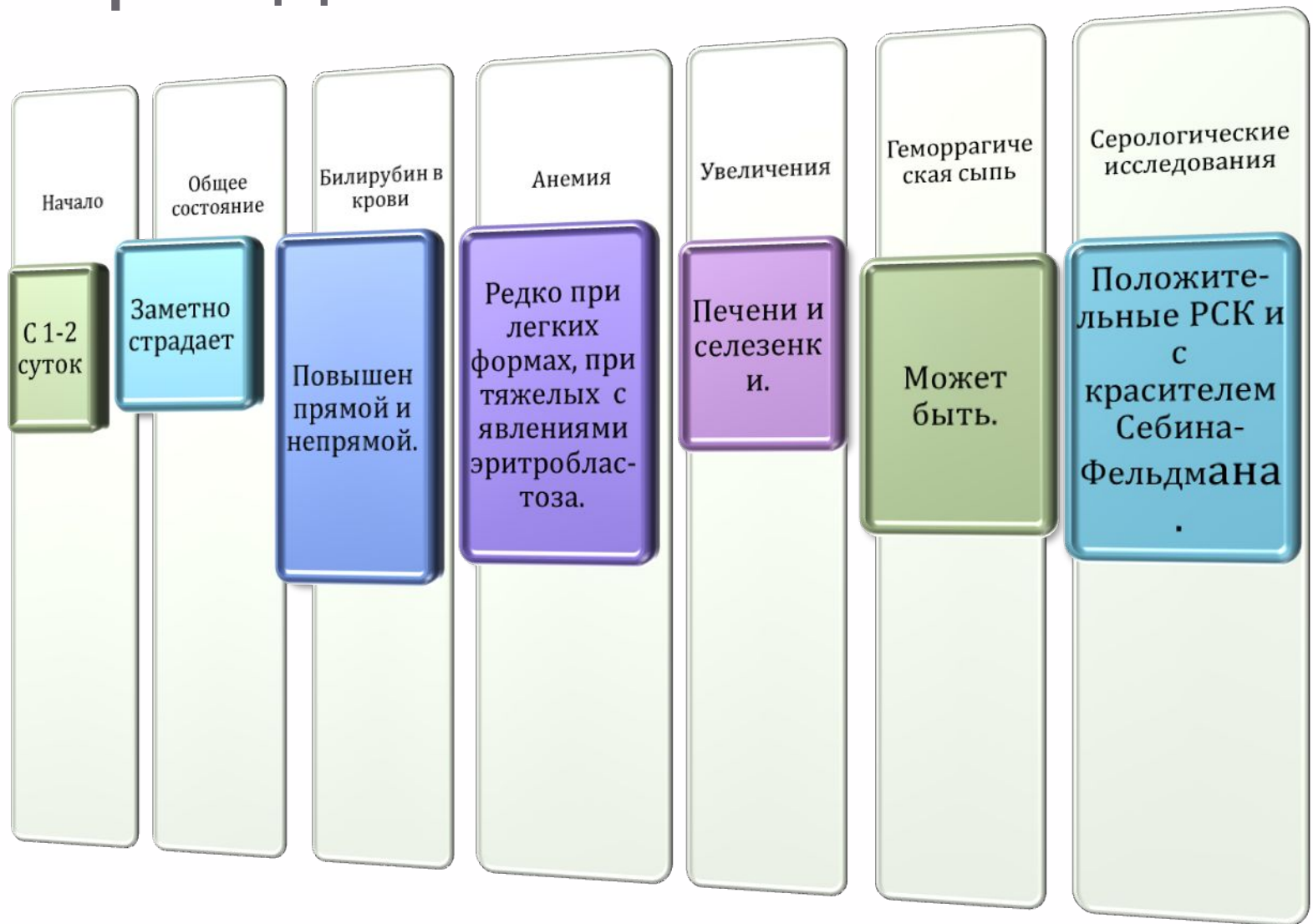
Осмотическая стойкость эритроцитов: в норме либо повышена.

Печень- увеличена, селезенка – слегка увеличена.

Гемор.сыпь: может быть .

Моча: интенсивно окрашена.

Врожденный токсоплазмоз



Врожденный сифилис

Начало: с 3-7 день на фоне других признаков сифилиса

Общее состояние: нарушено.

Билирубин в крови: небольшой, повышен прямой и непрямой.

Анемия: имеется.

Увеличение: печени и селезенки.

Геморрагической сыпи нет

Моча окрашена нормально

Серологические исследования: положительная реакция Вассермана

Диф. Диагностика таблица №1 часть 1

Признаки*			Вероятный диагноз
Анамнез	Клинические симптомы	Обследование	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Желтуха в первые 36 часов жизни ребенка ▪ Бледность кожи и слизистых оболочек ▪ Риск ABO или Rh-несовместимости между матерью и ребенком или дефицит Г6ФДГ у предыдущего ребенка ▪ Семейные случаи дефицита Г6ФДГ, желтухи, анемии, увеличения печени, удаление селезенки 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Опасная” желтуха ▪ Бледность кожи и слизистых оболочек ▪ Генерализованные отеки ▪ Мужской пол (только в случае подтверждения дефицита Г6ФДГ) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Гемоглобин < 130 г/л (Гематокрит < 40%) ▪ Позитивная проба Кумбса ▪ <i>Групповая ABO или Rh-несовместимость между матерью и ребенком</i> ▪ <i>Позитивный скрининг на Г6ФДГ</i> 	<p align="center">Гемолитическая болезнь новорожденного</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Время развития желтухи со 2-х по 5-е сутки 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Опасная” желтуха ▪ Ребенок с низкой массой тела (вес ребенка при рождении < 2500 г. или гестация < 37 нед.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Не обнаружено других причин развития желтухи 	<p align="center">Желтуха у недоношенного ребенка</p>

Диф. Диагностика таблица №1

часть 2

▪Время развития желтухи со 2-х по 7-е сутки	▪„Опасная” желтуха	▪Сепсис ▪Нет подтверждения других причин желтухи	Желтуха, связанная с сепсисом
▪Время развития желтухи со 2 – х суток и позже	▪„Опасная” желтуха	▪Нет подтверждения других причин желтухи <i>Позитивный скрининг на Г6ФДГ</i>	Желтуха, связанная с дефицитом Г6ФДГ

Дифференциальная диагностика желтух новорожденных *

Заболевание	Время появления	Показатели					
		Прямой билирубин	Непрямой билирубин	Билирубин мочи	Сывороточный альбумин/общий белок	Щелочная фосфатаза	Аспартатамино-трансфераза (АЛТ). Аланинамино-трансфераза (АСТ)
Гепатоцеллюлярная желтуха (вирусный гепатит)	С рождения	↑↑	↑	↑	↓ альбумина	От Н до ↑	Повышено при повреждении печеночных клеток, вирусных гепатитах
Атрезия желчных путей	1–7 день жизни	↑↑	↑	↑↑	Н	↑	От Н до минимального ↑
Гемолитическая болезнь новорожденных	1–2 сутки	Н	↑	Нет	Н	Н	Н
Синдром Жильбера	3 сутки	Н	↑	Нет	Н	Н	Н
Внутрипеченочный холестаз	3–4 сутки	↑	↑	↑	Н	↑↑	АСТ Н или ↑; АЛТ Н или ↑
Синдром Криглера–Найяра	1–3 сутки	Н	↑	Следы	Н	Н	Н
Гемоглобинопатии	1–2 сутки	↑	↑↑	↑	Н	Н	Н
Дефицит ферментных систем эритроцитов	7–14 сутки	↑	↑↑	↑	Н	Н	Н
Физиологическая желтуха новорожденных	3–4 сутки	Н	↑	Нет	Н	Н	Н
Анемия Минковского–Шоффара	1–2 сутки	↑	↑↑	↑	↓	Н	Н
Синдром сгущения желчи	2–4 сутки	↑↑	↑	↑↑	↓ общего белка	Н	Н

* Л. А. Анастасевич, Л. В. Симонова. Желтухи у новорожденных // Лечащий Врач. 2006. № 10.



Спасибо за внимание!!!!
Будьте здоровы)))