Дифференциальная диагностика неонатальных желтух

Выполнила: Мельчукова Владлена.

Гр.51ф 1бр.

Преподаватель: Соколова Л. И.

Желтухи новорожденных

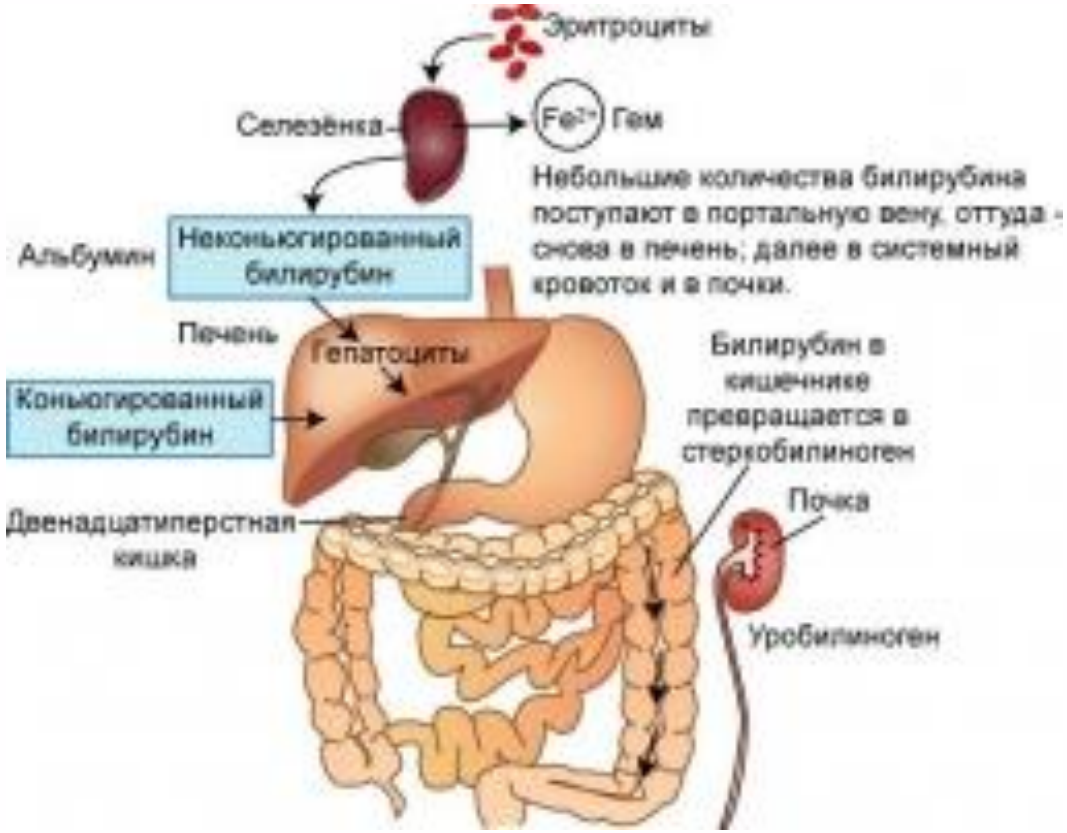
Желтуха - визуальное проявление гипербилирубинемии, которое отмечается у доношенных при уровне билирубина 85 мкмоль/л, у недоношенных - более 120 мкмоль/л.

- 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.
  - 3.4Сдавление 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

Физиологическая желтуха

Моча: окрашена нормально, реакция на билирубин отрицательная

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

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, непрямой, почасовой прирост превышает 0,2 и >5мг 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, непрямой, зависит от степени гемолиза.

Врожденные дефекты развития

Желтуха при сепсисе

Инфекционный гепатит

Начало: различно, чаще позже2-3 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

Начало	Общее состояние	Билирубин в крови	Анемия	Увеличения	Геморрагическая сыпь	Серологические исследования
С 1-2 суток	Заметно страдает	Повышен прямой и непрямой.	Редко при легких формах, при тяжелых с явлениями эритробластоза.	Печени и селезенки.	Может быть.	Положительные РСК и с красителем Себина-Фельдмана.

Врожденный сифилис

Начало: с 3-7день 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№1часть 1

Признаки*			Вероятный диагноз
Анамнез	Клинические симптомы	Обследование	
▪**Желтуха в первые 36 часов жизни ребенка** ▪Бледность кожи и слизистых оболочек ▪Риск АВО или Rh-несовместимости между матерью и ребенком или дефицит Г6ФДГ у предыдущего ребенка ▪Семейные случаи дефицита Г6ФДГ, желтухи, анемии, увеличения печени, удаление селезенки	▪„Опасная" желтуха ▪Бледость кожи и слизистых оболочек ▪Генерализованные отеки ▪Мужской пол (только в случае подтверждения дефицита Г6ФДГ)	▪**Гемоглобин < 130 г/л** (Гематокрит < 40%) ▪**Позитивная проба Кумбса** ▪*Груповая АВО или Rh- несовместимость между матерью и ребенком* ▪*Позитивный скрининг на Г6ФДГ*	**Гемолитическая болезнь новорожденого**
▪**Время развития желтухи со 2-х по 5-е сутки**	▪**„Опасная" желтуха** ▪**Ребенок с низкой массой тела** (вес ребенка при рождении < 2500 г. или гестация < 37 нед.)	▪Не обнаружено других причин развития желтухи	**Желтуха у недоношенного ребенка**

Диф. Диагностика таблица№1 часть 2

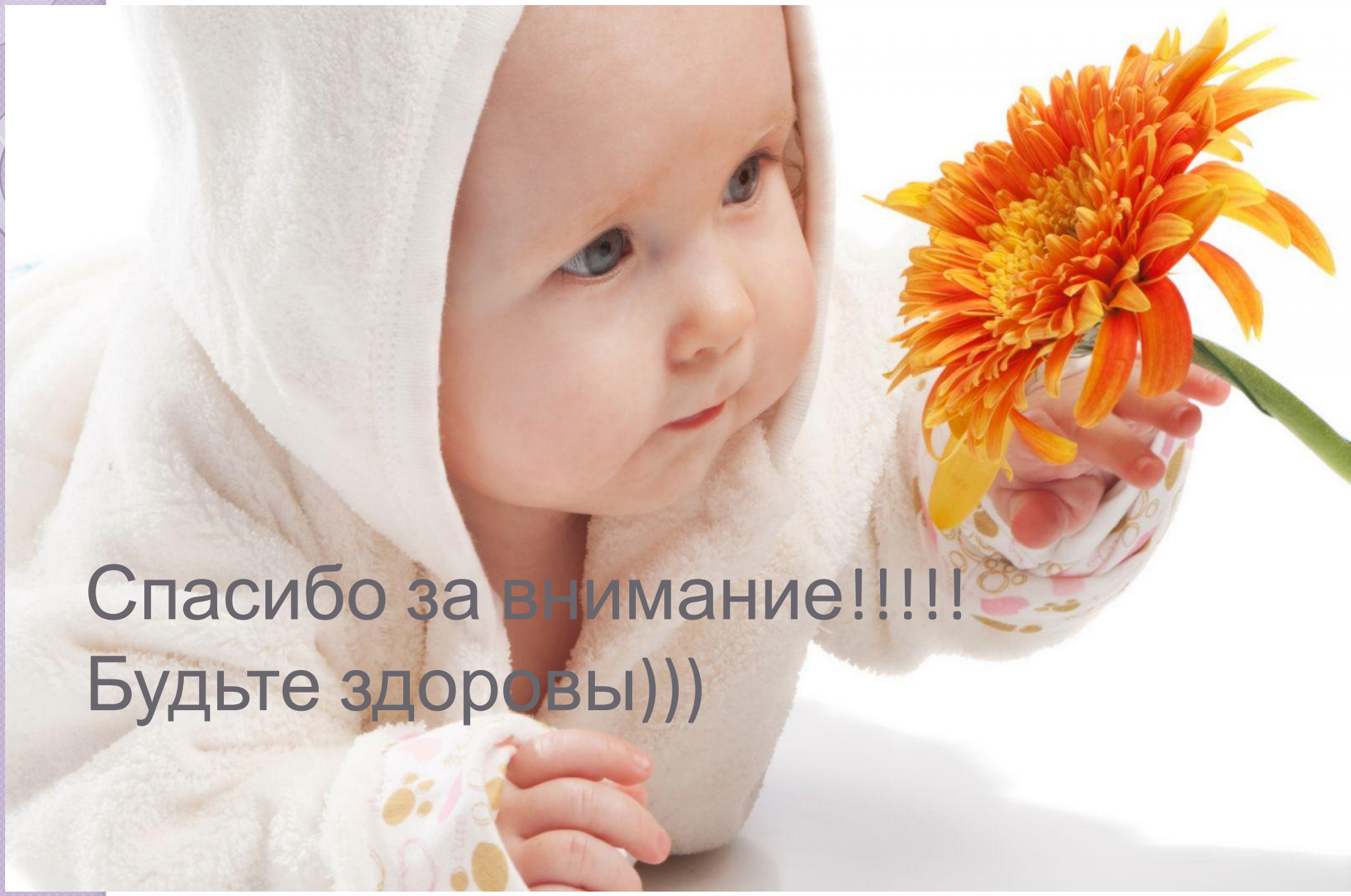
▪**Время развития желтухи со 2-х по 7-е сутки**	▪**„Опасная" желтуха**	▪**Сепсис** ▪Нет подтверждения других причин желтухи	**Желтуха, связанная с сепсисом**
▪**Время развития желтухи со 2 – х суток и позже**	▪**„Опасная" желтуха**	▪Нет подтверждения других причин желтухи *Позитивный скрининг на Г6ФДГ*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

Таблица

Дифференциальная диагностика желтух новорожденных *

Заболевание	Время появления	Показатели					
		Прямой билирубин	Непрямой билирубин	Билирубин мочи	Сывороточный альбумин/ общий белок	Щелочная фосфатаза	Аспартатаминотрансфераза (АЛТ). Аланинаминотрансфераза (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)))