

# 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

- **Физиологическая желтуха**
- **Начало:** 2-3 сутки максимум 4-5, у недоношенных 7е сутки
- **Билирубин:** повышен, не прямой, почасовой прирост не  $>0,19$  мг
- **Моча:** окрашена нормально, реакция на билирубин отрицательная

# 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.
- **Анемия:** умеренная или значительная, ретикулацитоз, микроглобулия.
- **Билирубин в крови:** повышен, не прямой, зависит от степени гемолиза.
  - **Моча:** интенсивно окрашена реакция Гмелина
- **Общее состояние :** нарушено только при тяжелых формах
  - **Гемор.сыпь:** может быть
- **Начало:** может быть перелетным, временами ослабевает, но не исчезает
  - **Печень и селезенка, узлы:** увеличены.

# Врожденные дефекты развития

- **Начало:** с первых дней жизни, медленно прогрессирует.
- **Общее состояние** прогрессивно ухудшается.
- **Билирубин крови:** повышен прямой и не прямой.
- **Анемия:** нарастает позже, лейкопения, относительный нейтрофилез.
- **Печень** –увеличенная плотная, **селезенка** -увеличивается позже.
- **Геморрагическая сыпь:** появляется позже при развитии цирроза.
- **Моча:** интенсивно окрашена, реакция Гмелина +

# Желтуха при сепсисе

- **Начало:** появляется позже, на фоне основного заб-ния.
- **Общее состояние:** страдает. Прогрессивно ухудшается.
- **Билирубин в крови:** немного повышен, прямой и не прямой.
- **Анемия:** медленно нарастает, нейтрофилез со сдвигом в лево.
- Печень и селезенка увеличены.
- **Гемор.сыпь** : в период интоксикации.
- **Моча:** реакция Гмелина слабо +.



# 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

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

# Врожденный сифилис

**Начало:**  
с 3-7 день  
на фоне  
других  
признако  
в  
сифилиса

**Общее  
состояни  
е:**  
нарушено

**Билируб  
ин в  
крови:**  
небольш  
ой,  
повышен  
прямой и  
непрямой

**Анемия :**  
имеется.

**Увеличение**  
: печени и  
селезенки.

**Геморраги  
ческой  
сыпи нет**

**Моча**  
окрашена  
нормальн  
о

**Серологическ  
ие  
исследования**  
:  
положительная  
реакция  
Вассермана

# Диф. Диагностика таблица №1 часть 1

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

# Диф. Диагностика таблица №1

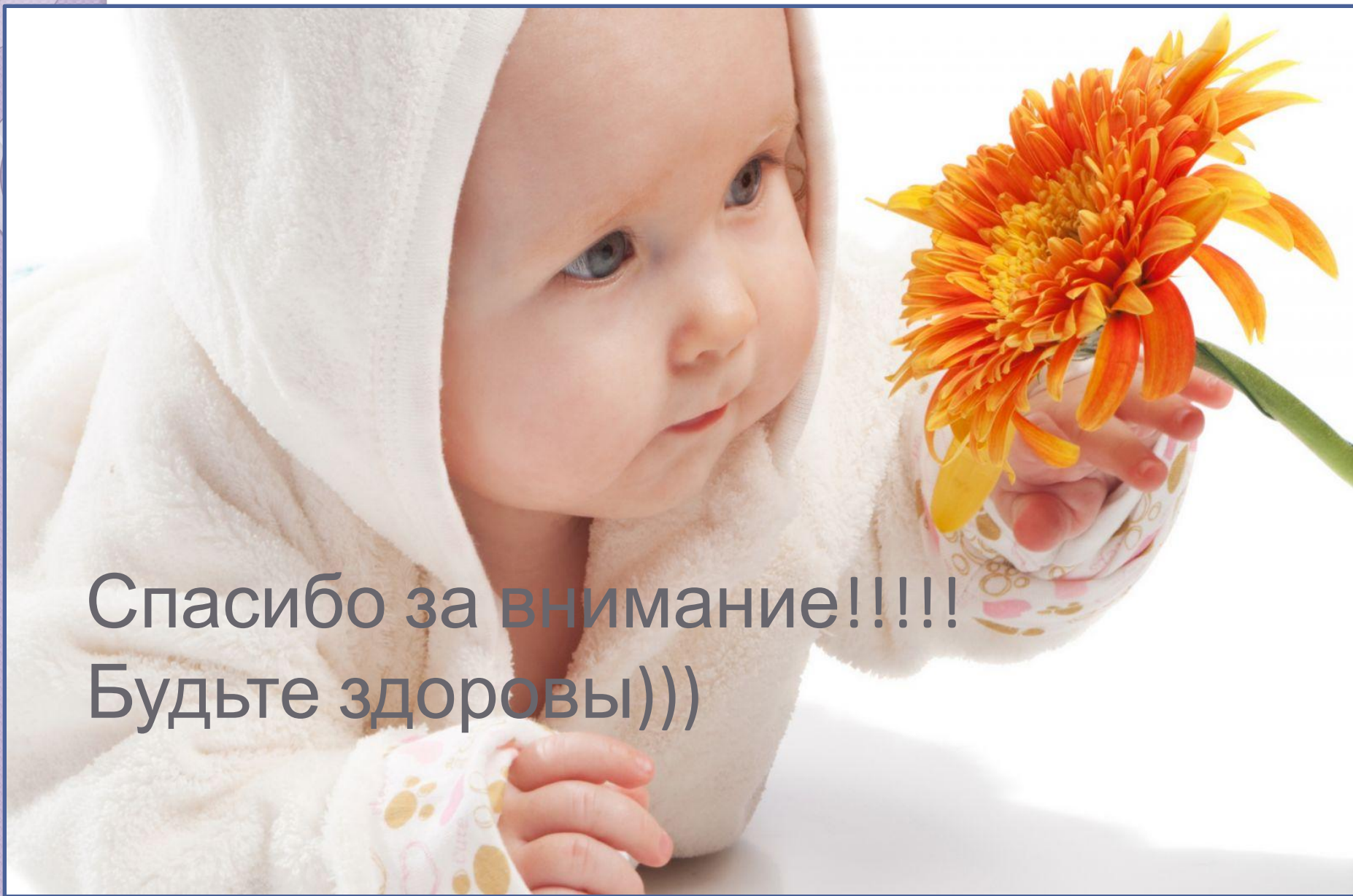
## часть 2

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

## 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)))