

ЖЕЛТУХА У ДЕТЕЙ: ОТ МЛАДЕНЦЕВ ДО ПОДРОСТКОВ

Тожибоева Дилфуза

*Андижанский техникум общественного
здравоохранения имени Абу Али Ибн Сины,
преподаватель кафедры педиатрии*

Аннотация: Желтушный синдром — достаточно хорошо изученное понятие как в педиатрии, так и в терапии. Однако в детском возрасте желтуха, или так называемая гипербилирубинемия, требует особого внимания. Разбираем, что это за состояние и чем помочь ребёнку, если уровень билирубина повысился, а кожа приобрела желтоватый цвет.

Ключевые слова: желтуха,



Желтуха представляет собой желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых оболочек вследствие накопления в крови билирубина. Повышение концентрации происходит по причине нарушения равновесия между образованием и выделением этого пигмента. Ткани не могут принять билирубин, что приводит к его накоплению в крови, окрашиванию кожи и слизистых.

Нормой билирубина в крови для детей считается:

- общий билирубин — 3,4–20,4 мкмоль/л;
- непрямой (неконъюгированный, свободный) билирубин — до 16,5 мкмоль/л;
- прямой (конъюгированный, связанный) билирубин — от 0 до 5,1 мкмоль/л.

Желтушный синдром можно увидеть при показателях билирубина крови 40–70 мкмоль/л. Яркая желтуха будет проявляться при концентрации свыше 120 мкмоль/л.

В медицине принято выделять три вида желтухи в зависимости от патологического механизма их развития:

- надпечёночную (гемолитическую);
- печёночную (паренхиматозную);
- подпечёночную (механическую).

Но в чистом виде они не встречаются, так как в процессе развития заболевания к одному типу, как правило, присоединяется другой. Общим признаком всех видов является повышение концентрации билирубина в крови.

В некоторых случаях за желтуху могут принять желтовато-оранжевое окрашивание кожного покрова, если ребёнок ест очень много морковки, тыквы, апельсинов, хурмы и других каротинсодержащих продуктов. Это так называемая каротиновая желтуха. Она неопасна для здоровья. Если скорректировать питание, симптомы проходят довольно быстро.

При этом виде желтухи концентрация билирубина увеличивается за счёт патологического разрушения эритроцитов, которые имеют в своей структуре гем. Именно из гема образуется большая часть билирубина.

К развитию надпечёночной желтухи приводят гемолитические анемии (мембранопатии, гемоглобино- и ферментопатии, аутоиммунная анемия), переливание несовместимой крови, отравление гемолитическими ядами, приём некоторых лекарств, гематомы, инфаркты различных органов, механические гемолитические анемии (ДВС-синдром, укусы змеи, повреждение клапанов сердца).

Возникает вследствие повреждения гепатоцитов (клеток печени) и холангиол (мелких желчных протоков). Клетки печени неспособны захватывать, связывать или выводить билирубин. В зависимости от вида нарушения функции гепатоцитов может повышаться прямая или непрямая фракция билирубина.

Перечень заболеваний, провоцирующих печёночную (или паренхиматозную) желтуху, довольно обширен:

- инфекционные гепатиты (А, В, С, D, E);
- инфекции (цитомегаловирусная (ЦМВ), герпетическая, парвовирусная и энтеровирусная, мононуклеоз, лептоспироз, иерсиниоз, туберкулёз, сифилис, глистные инвазии (токсокароз, эхинококкоз, описторхоз), лейшманиоз);
- аутоиммунный гепатит;
- цирроз печени, опухоли печени, печёночная недостаточность, внутрипечёночный холестаз;
- пигментные гепатозы (синдром Жильбера, синдром Дабина — Джонсона, синдром Криглера — Найяра, синдром Ротора);
- токсическое и лекарственное поражение печени (гепатотоксичные препараты: противотуберкулёзные, НПВС, противосудорожные, нейролептики, антидепрессанты, средства для наркоза; хлорированные углеводы и нафталины,

дефенилы, бензол и его производные, металлы и металлоиды: свинец, ртуть, золото, марганец, мышьяк, фосфор).

К печёночной желтухе также могут привести длительное голодание, парентеральное питание и другие причины.

Развивается из-за появления препятствий к выведению желчи в двенадцатиперстную кишку. Затруднять отток желчного секрета могут камни желчных протоков, опухоли, паразиты (гельминтозы, аскаридозы, фасциолёз, клонорхоз, описторхоз), структурные аномалии печени, присутствующие с рождения, и др.

Желтуху нетрудно распознать по специфическому желтоватому окрашиванию кожи, но в зависимости от типа патологии симптомы будут отличаться.

При гемолитической (надпечёночной) желтухе:

- бледно-жёлтая с лимонным оттенком кожа, но интенсивность окрашивания, как правило, небольшая;
- присутствует жёлтый цвет склеры глаз;
- печень может быть немного увеличена или сохранять нормальные размеры;
- селезёнка увеличена;
- цвет мочи не изменён, а вот кал может потемнеть или оставаться нормального цвета;
- детей не беспокоит кожный зуд, боли и тяжесть в правом подреберье отсутствуют.

При печёночной желтухе:

- окрашивание кожи и слизистых будет оранжевого или жёлтого цвета с умеренной интенсивностью;
- дети жалуются на периодический зуд кожи;
- редкие боли в правом подреберье, преобладающие на ранней стадии болезни;
- цвет мочи тёмный;
- каловые массы имеют серый или белый цвет;
- печень у ребёнка увеличена, нормального размера или уменьшена в зависимости от заболевания;
- селезёнка чаще всего большая.

При механической (подпечёночной) желтухе:

- кожа приобретает зеленоватый или жёлто-серый оттенок;
- навязчивый зуд;
- боль в правом подреберье преобладает над тяжестью в этой области;

- селезёнка имеет нормальные размеры, а вот печень может быть увеличена;
- кал ахоличный (обесцвечен);
- моча имеет тёмный оттенок.

Симптомы часто размыты, потому что одновременно могут присутствовать разные виды желтухи. Именно это затрудняет диагностику.

В отдельную группу выделяют желтуху неонатального периода у грудничков. Одной из самых распространённых считается физиологическая желтуха, которая появляется на третьи-четвёртые сутки после рождения.

Родители часто задают вопрос, когда же желтуха у новорождённых должна пройти? Угасает она ко второй-третьей неделе жизни младенца. Если она задержалась, значит, что-то в организме работает неправильно или присутствуют факторы, провоцирующие гипербилирубинемию.

Причиной физиологической желтухи у новорождённых является избыточное количество эритроцитов в плазме крови, которые имеют короткий жизненный цикл. В результате их преждевременного разрушения происходит высвобождение билирубина, и как следствие, повышение его концентрации. Это своеобразная адаптация организма к изменению внешней среды и отсутствию связи с плацентой.

Для физиологической гипербилирубинемии новорождённого характерен жёлто-оранжевый оттенок кожного покрова, удовлетворительное состояние ребёнка, нормальные размеры печени и селезёнки, неизменный цвет каловых масс и мочи, подъём билирубина на третьи-четвёртые сутки жизни до 204 мкмоль/л, у недоношенных пик подъёма пигмента отмечается на пятые сутки жизни до 255 мкмоль/л.

Физиологическая желтуха переходит в разряд патологических, если: у малыша желтушность появилась ранее 24 часов жизни или позже трёх-четырёх суток;

- желтушность сохраняется дольше трёх недель;
- имеет волнообразное течение;
- присутствует бледность кожи или зеленоватый оттенок;
- темнеет моча или обесцвечивается кал;
- общий билирубин выше 256 мкмоль/л у доношенных и более 171 мкмоль/л у недоношенных.

Во время протекания физиологической желтухи всех новорождённых постоянно наблюдают, чтобы вовремя заметить патологические изменения в состоянии и своевременно помочь ребёнку. Это связано с высокой токсичностью билирубина, избыток которого может вызвать повреждение головного мозга или энцефалопатию.

Желтушное окрашивание кожи может говорить о серьёзных заболеваниях, требующих лечения. По этой причине при изменении цвета кожи следует прийти с ребёнком на приём к педиатру. Врач проведёт осмотр и направит на обследование. Пациенту могут назначить:

- общий анализ крови, мочи;
- биохимический анализ крови, состоящий из общего (+ прямого и непрямого) билирубина, АЛТ (аланинаминотрансферазы), АСТ (аспартатаминотрансферазы), щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтрансферазы, холестерина, протеинограммы, тимоловой пробы);
- определение протромбинового индекса;
- консультацию узких специалистов: гастроэнтеролога, гематолога, эндокринолога и др.;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости;
- для новорождённых и грудных детей используют билирубинометры (например, «Билитест 2000») — измеряют количество билирубина через кожу без забора крови;
- новорождённым по показаниям — TORCH-инфекции (токсоплазмоз, краснуху, герпетическую и цитомегаловирусную инфекцию), определение глюкозы, мочевины сыворотки крови, сывороточных электролитов, факторов свёртывания;
- бактериологическое исследование крови, мочи и других биологических сред;
- маркеры вирусных гепатитов.

В некоторых случаях врачи могут назначить пункционную биопсию печени, холангиографию, сцинтиграфию, магнитно-резонансную томографию и другие исследования для исключения патологий билиарной системы.

Тактика лечения гипербилирубинемии будет зависеть от причины:

1. В случае инфекционной природы (например, если это вирусные гепатиты) ребёнку назначают противовирусные препараты и сопутствующую терапию для выведения билирубина из организма.
2. При поражении структур печени вследствие бактериальной инфекции пациенту показана антибактериальная терапия.
3. Глистные инвазии требуют проведения специфического противопаразитарного лечения.
4. Некоторые врождённые аномалии развития билиарной системы, приводящие к застою желчи (кисты, опухоли), устраняют и исправляют при помощи хирургической операции.

Физиологическая желтуха новорождённых не требует лечения, если состояние ребёнка удовлетворительное, а показатели билирубина колеблются в допустимых пределах. При патологической желтухе младенцу показана инфузионная терапия в целях снятия интоксикации. Для этого используют коллоидные или кристаллоидные растворы. Также активно назначают фототерапию. При неэффективности консервативного лечения производят заменное переливание крови.

Желтуха является показанием к медотводу, так как организм ребёнка претерпевает интоксикацию от избытка билирубина и пытается с ней бороться. На время протекания желтухи врач освободит пациента от вакцинации. Прививки разрешается делать только после того, как показатель общего билирубина опустится до 40–60 мкмоль/л в биохимическом анализе крови.

Желтушное окрашивание кожи — это серьёзный сигнал, что у ребёнка что-то не так со здоровьем и могут быть какие-либо отклонения или инфекционные заболевания, нарушающие метаболизм билирубина. При появлении желтухи следует незамедлительно посетить врача-педиатра для обследования и последующего лечения. Своевременное обращение к доктору поможет избежать осложнений.

Литературы:

1. Эпидемиология желтушного синдрома у детей раннего возраста с врождёнными пороками развития желчевыводящих путей / М. К. Нургалимов, А. К. Абдрахманова, Н. А. Бакирова [и др.] // Молодой учёный. — 2020. — № 9 (299). — С. 89–92.
2. Олотилина, А. И. Сравнительная характеристика клинических и фенотипических признаков конъюгационной желтухи новорождённых и синдрома доброкачественной непрямой гипербилирубинемии у детей старшего возраста : дис. ... канд. мед. наук / А. И. Олотилина. — М., 2015.
3. Лим, В. Факторы риска затяжной неонатальной желтухи / В. Лим, Х. Хаджиева, Н. Бобоева // Вестник врача. — 2017. — № 1(4). — С. 21–23.
4. Дегтярёв, Д. Н. Тактика ведения доношенных и недоношенных новорождённых детей с непрямой гипербилирубинемией : Проект клинических рекомендаций РОН / Д. Н. Дегтярёв, А. В. Дегтярёва, А. Л. Карпова, И. И. Мебелова [и др.]. — 2016.
5. Аксёнов, Д. В. Желтухи новорождённых : учеб. пособие для неонатологов и участковых педиатров / Д. В. Аксёнов, О. А. Ризаева, О. Л. Лукоянова, Н. Д. Одинаева. — М., 2023.

6. Захарова, И. Н. Дифференциальный диагноз желтух у детей раннего возраста / И. Н. Захарова, А. Н. Горяйнова, И. Н. Холодова, И. Д. Майкова [и др.] // Медицинский совет. — 2016. — № 07.
7. Мохова, О. Г. Синдром желтухи в практике педиатра / О. Г. Мохова, М. Н. Канкасова, О. С. Поздеева // Практическая медицина. — 2018. — Т. 16. — № 8. — С. 43–49.
8. Синдром желтухи у детей: критерии потенциальной опасности : учеб. пособие / Л. А. Мусатова, Л. И. Краснова, Н. С. Карташева [и др.]. — Пенза : Изд-во ПГУ, 2022. — 88 с.
9. Дифференциальная диагностика синдрома желтухи у детей : учеб.-метод. пособие / Т. А. Артёмчик [и др.]. — Минск : БГМУ, 2017. — 31 с.