

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Л. И. Матуш, Г. М. Лагир, Н. В. Галькевич

**ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2011

УДК 616.9-022.6-071:[616.36+616.33/.34]-053.2 (075.8)

ББК 57.33 я73

М34

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 22.06.2011 г., протокол № 10

Рецензенты: доц. каф. инфекционных болезней с курсом детских инфекций Белорусской медицинской академии последипломного образования В. П. Шевченко; доц. 1-й каф. детских болезней Белорусского государственного медицинского университета Д. Д. Мирутко

Матуш, Л. И.

М34 Диагностика инфекционных заболеваний гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта у детей : учеб.-метод. пособие / Л. И. Матуш, Г. М. Лагир, Г. В. Галькевич. – Минск : БГМУ, 2011. – 20 с.

ISBN 978-985-528-481-0.

Приведены современные критерии клинико-лабораторной диагностики инфекционных заболеваний гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта у детей. Освещены вопросы объема обязательного и дополнительного (по показаниям) обследования, дифференциального диагноза.

Предназначено для студентов 5–6-го курсов всех факультетов, врачей-интернов.

УДК 616.9-022.6-071:[616.36+616.33/.34]-053.2 (075.8)

ББК 57.33 я73

Учебное издание

Матуш Лидия Ивановна
Лагир Галина Михайловна
Галькевич Наталья Витальевна

**ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. А. Астапов
Редактор А. В. Михалёнок
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 23.06.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,7. Тираж 99 экз. Заказ 698.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-528-481-0

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2011

Список сокращений

- АлАТ — аланинаминотрансфераза
- Анти-ВГА — антитела к вирусу гепатита А
- Анти-ВГВ — антитела к вирусу гепатита В
- Анти-ВГС — антитела к вирусу гепатита С
- Анти-ВГЕ — антитела к вирусу гепатита Е
- Анти-ВГD — антитела к вирусу гепатита D
- Анти-НВс — антитела к антигену сердцевины ВГВ
- Анти-НВе — антитела к антигену инфекционности и активной репродукции ВГВ
- Анти-НВs — антитела к поверхностному антигену ВГВ
- Анти-НВs IgM — ранние антитела к сердцевинному ВГВ
- АсАТ — аспартатаминотрансфераза
- АЧТВ — активированное частичное тромбопластиновое время
- ВГА (HAV) — вирус гепатита А
- ВГВ (HBV) — вирус гепатита В
- ВГС (HCV) — вирус гепатита С
- ВГD (HDV) — вирус гепатита D
- ВГЕ (HEV) — вирус гепатита Е
- ГГТП — гаммаглутамилтранспептидаза
- ИФА — иммуноферментный анализ
- КОС — кислотно-основное состояние
- ОГВ — острый гепатит В
- ПКФ — патогенная кишечная флора
- ПТВ — протромбиновое время
- ПТИ — протромбиновый индекс
- РПГА — реакция пассивной гемаглютинации
- СРБ — С-реактивный белок
- НВsAg — поверхностный антиген вируса гепатита В
- НВеAg — антиген инфекционности и активной репродукции вируса гепатита В

Введение

Своевременная диагностика инфекционных заболеваний гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта у детей определяет уровень здоровья детей Республики Беларусь, так как эти заболевания могут быть источником серьезной хронической патологии. К решению проблемы следует отнести раннюю и достоверную диагностику инфекционных заболеваний гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта у детей, уровень которой определяется степенью подготовки врача-специалиста. Полноценный клинический успех обеспечивается адекватным и последовательным выполнением современных диагностических исследований.

Использование предлагаемых алгоритмов диагностики инфекционных заболеваний систематизирует клиническое мышление у педиатров. Оно направлено на решение следующих основных проблем: раннее выявление заболеваний, сокращение сроков обследования больного ребенка, а, следовательно, и своевременное назначение комплекса лечебных, эпидемиологических и профилактических мероприятий.

Вирусные гепатиты

ГЕПАТИТ А (МКБ–В15)

Вирусный гепатит А — инфекционное заболевание, циклически протекающее, вызываемое РНК-содержащим вирусом, с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующееся умеренно выраженным синдромом интоксикации (инфекционный токсикоз), нарушением функции печени и доброкачественным течением.

Анамнез:

- начало заболевания острое;
- течение циклическое;
- источник инфекции — больной человек и вирусоноситель;
- механизм передачи фекально-оральный;
- путь передачи контактно-бытовой, пищевой, водный.

Жалобы:

- кратковременное повышение температуры тела;
- слабость, утомляемость, вялость, апатия, головная боль, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота;
- боли, неприятные ощущения, чувство тяжести (давления) в правом подреберье;

– диспептические проявления (метеоризм, запор, иногда жидкий стул);

– темная моча, частично обесцвеченный стул.

Клиническая картина:

– желтуха на слизистых твердого и мягкого неба, склер, кожи лица, туловища, конечностей;

– при появлении желтухи отмечается улучшение общего состояния;

– болезненность при пальпации в правом подреберье;

– увеличение печени;

– непостоянное увеличение селезенки;

– со стороны сердечно-сосудистой системы — брадикардия, умеренное снижение артериального давления, приглушение тонов сердца, нежный систолический шум на верхушке, акцент II тона на легочной артерии;

– моча темного цвета, кал обесцвечен.

Лабораторная и инструментальная диагностика:

1) обязательная:

– общий анализ крови + тромбоциты;

– общий анализ мочи, включая желчные пигменты, уробилин;

– биохимическое исследование: билирубин и его фракции, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба;

– определение анти-ВГА, анти-ВГВ, анти-ВГС методом ИФА (анти-ВГА IgM, HBsAg, анти-HBc IgM).

2) дополнительная (по показаниям):

– биохимическое исследование крови: протеинограмма, амилаза, холестерин, щелочная фосфатаза, ГГТП, глюкоза, протромбиновый индекс.

Дифференциальный диагноз:

1) в преджелтушном периоде:

– острые респираторные инфекции;

– острые кишечные инфекции;

– глистные инвазии;

– острая хирургическая патология органов брюшной полости;

2) в желтушном периоде:

а) надпеченочные желтухи (гемолитические);

б) печеночные (паренхиматозные):

– наследственные (синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра, синдромы Дабина–Джонсона и Ротора);

– приобретенные (вирусные гепатиты, токсические и метаболические гепатозы, болезни крови, инфекционные и паразитарные болезни —

цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ), инфекционный мононуклеоз, герпетическая инфекция, псевдотуберкулез, кишечный иерсиниоз, лептоспироз, токсоплазмоз, описторхоз и др.);

в) подпеченочные (механические):

– наследственные (аномалии желчных путей, атрезия желчных путей, семейный холестаз, муковисцидоз, дефицит α -антитрипсина);

– приобретенные: дискинезии желчевыводящих путей, холециститы, холангиты, холецистохолангиты, сдавление желчных путей, синдром сгущения желчи и др.);

г) каротиновая.

ГЕПАТИТ Е (МКБ–17.2)

Вирусный гепатит Е — инфекционное заболевание, вызываемое РНК-содержащим вирусом, с преимущественно водным путем передачи, характеризующееся синдромом интоксикации и нарушением функции печени.

Анамнез:

– актуален для тропических и субтропических стран, республик Среднеазиатского региона. В Республике Беларусь возможны завозные случаи заболевания;

– начало заболевания постепенное;

– течение циклическое;

– источник инфекции — больной вирусным гепатитом Е (типичная и атипичная формы);

– механизм передачи фекально-оральный;

– путь передачи преимущественно водный, редко — пищевой, контактно-бытовой.

Жалобы:

– вялость, слабость;

– снижение аппетита, тошнота, рвота;

– боли в животе (в эпигастральной области и в правом подреберье), иногда интенсивные, в ряде случаев являются первым симптомом заболевания;

– потемнение мочи и обесцвечивание кала.

Клиническая картина:

– желтуха на слизистых твердого и мягкого неба, склер, кожи лица, туловища, конечностей;

– при появлении желтухи не отмечается улучшения общего состояния;

– болезненность при пальпации в правом подреберье;

– значительное увеличение печени;

- непостоянное увеличение селезенки;
- со стороны сердечно-сосудистой системы — брадикардия, умеренное снижение артериального давления, приглушение тонов сердца, нежный систолический шум на верхушке, акцент II тона на легочной артерии;
- моча интенсивно темного цвета, кал полностью обесцвечен (при желтушной форме).

Лабораторная и инструментальная диагностика:

1) обязательная:

- общий анализ крови + тромбоциты;
- общий анализ мочи, включая желчные пигменты, уробилин;
- биохимическое исследование крови: билирубин и его фракции, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба, глюкоза;
- исследование крови методом ИФА на анти-ВГЕ IgM;

2) дополнительная (по показаниям):

- биохимический анализ крови: холестерин, β -липопротеиды, щелочная фосфатаза, ГГТП, протеинограмма, мочевины, электролиты (K^+ , Na^+ , Cl^- , Ca^{2+}) — при показателях тяжести. Коагулограмма: АЧТВ, ПТВ, ПТИ, МНО, фибриноген А, этаноловая проба.

Дифференциальный диагноз: см. ВГА.

ГЕПАТИТ В (МКБ–В16)

Вирусный гепатит В — инфекционное заболевание, вызываемое ДНК-содержащим вирусом, с гемоконтактным механизмом передачи, протекающее в различных клинко-морфологических вариантах с возможным развитием хронических форм, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

Анамнез:

- начало заболевания постепенное;
- течение циклическое;
- источник инфекции — больной острым вирусным гепатитом В (типичная и атипичная формы), хроническим гепатитом В (особенно в фазу обострения), вирусоносители;
- механизм передачи гемоконтактный;
- путь передачи: трансплацентарный (внутриутробное заражение); интранатальный (во время родов); постнатальный (передача вируса от матери ребенку во время ухода или кормления грудью при наличии травмированных сосков); использование в быту режущих, колющих инструментов, предметов личной гигиены (полотенце, мочалки, зубные щетки и др.), загрязненных биологическими жидкостями больного; половой (у подростков и взрослых); при трансфузии инфицированной крови или плазмы,

эритро-, лейко-, тромбоцитарной массы; проведении манипуляций, связанных с нарушением целостности кожи и слизистых оболочек (парентеральные инъекции, нанесение татуировок, проведение ритуальных обрядов, проколы мочки уха, бритье, маникюр и др.).

Жалобы:

- слабость, недомогание, быстрая утомляемость;
- снижение аппетита вплоть до анорексии, тошнота, рвота (часто повторная);
- чувство тяжести, боль в области эпигастрии или в правом подреберье;
- возможны боли в суставах;
- пятнисто-папулезные высыпания на коже, зуд кожи;
- носовые кровотечения, геморрагии, кровоизлияния;
- потемнение мочи и обесцвеченный кал.

Клиническая картина:

- желтушность кожных покровов и слизистых значительно выражена (до зеленовато-желтого и шафранового цвета);
- появление желтухи не сопровождается улучшением состояния, наоборот, симптомы интоксикации усиливаются, отмечается угнетение ЦНС (вялость, адинамия, нарушение сна);
- при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, эпигастрии;
- печень увеличена, ее край плотной консистенции;
- со стороны сердечно-сосудистой системы — брадикардия, гипотензия, дыхательная аритмия;
- отечность лица, пастозность голеней;
- моча интенсивно темного цвета, кал полностью обесцвечен (при желтушной форме).

Лабораторная и инструментальная диагностика:

1) обязательная:

- общий анализ крови + тромбоциты;
- общий анализ мочи, включая желчные пигменты, уробилин;
- биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба, общий белок и его фракции, холестерин, щелочная фосфатаза, мочевины, электролиты (K^+ , Na^+), ГГТП;
- исследование крови на HBsAg, и анти-HBc IgM;
- коагулограмма: АЧТВ, ПТВ, ПТИ, фибриноген А, МНО, этаноловая проба;
- определение параметров КОС;
- почасовой диурез;

- 2) дополнительная (по показаниям):
- исследование крови на HBeAg, анти-HBc IgM, анти-ВГD, анти-ВГА;
 - исследование крови на ВИЧ-инфекцию;
 - ПЦР крови (ДНК ВГВ).

Дифференциальный диагноз: см. вирусный гепатит А.

ГЕПАТИТ С (МКБ–В17.1)

Вирусный гепатит С — инфекционное заболевание, вызываемое РНК-содержащим вирусом, с гемоконтактным механизмом передачи, протекающее преимущественно как хроническая инфекция с частым развитием цирроза печени и гепатокарциномой.

Анамнез:

- начало заболевания постепенное;
- течение циклическое;
- источник инфекции — больной острой или хронической HС-вирусной инфекцией;
- механизм передачи гемоконтактный;
- путь передачи: проведение медицинских манипуляций инструментами, приборами, аппаратами, загрязненными инфицированной кровью. Факторами риска гепатита С являются внутривенное введение лекарств, наркотиков, переливание препаратов крови, пересадка органов от доноров с ВГС-положительной реакцией, возможен половой путь.

Жалобы:

- кратковременное повышение температуры тела;
 - слабость, утомляемость, вялость, апатия, головная боль, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота;
 - боли, неприятные ощущения, чувство тяжести (давления) в правом подреберье;
 - диспептические проявления (метеоризм, запор, иногда жидкий стул);
- темная моча, частично обесцвеченный стул.

Клиническая картина:

- острый гепатит С в подавляющем большинстве случаев (до 95 %) протекает бессимптомно;
- манифестные формы соответствуют таковому при ОГВ, отличаясь большим полиморфизмом симптоматики.

Лабораторная и инструментальная диагностика:

1) обязательная:

- общий анализ крови + тромбоциты;
- общий анализ мочи, включая желчные пигменты, уробилин;

- биохимическое исследование крови: общий белок и его фракции, билирубин и его фракции, АлАТ, АсАТ, глюкоза, тимоловая проба;
- исследование крови методом ИФА на HBsAg;
- маркёры ВГС: анти-HBc IgM;

2) дополнительная (по показаниям):

- биохимическое исследование крови: холестерин, β -липопротеиды, щелочная фосфатаза, ГГТП, протеинограмма, мочевины, электролиты (K^+ , Na^+ , Cl^- , Ca^{2+});
- коагулограмма: АЧТВ, ПТВ, ПТИ, фибриноген А, МНО, этаноловая проба;
- УЗИ брюшной полости;
- исследование на ВИЧ;
- ПЦР крови, определение вирусной нагрузки, генотип.

Дифференциальный диагноз: см. вирусный гепатит А.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ D

Вирусный гепатит D (дельта-вирусная инфекция) — высокоактивный воспалительный процесс в печени, вызываемый ВГD, протекающий совместно с ВГВ по типу коинфекции или суперинфекции, нередко с развитием фульминантной формы, хронического активного гепатита и цирроза печени. В Республике Беларусь ВГD регистрируется у детей крайне редко, среди взрослых — преимущественно у наркоманов.

Анамнез:

- начало заболевания постепенное;
- течение циклическое;
- источник инфекции — больной острой и особенно хронической дельта-инфекцией, носители ВГD;
- механизм передачи гемоконтактный;
- пути передачи: переливание вирусосодержащей крови и ее препаратов, а также при использовании медицинских инструментов, загрязненных кровью, содержащих вирусы; риск инфицирования ВГD особенно высок у реципиентов донорской крови и ее препаратов (больные гемофилией, гемобластомами, ожоговые больные и т. д.), а также у лиц, находящихся на гемодиализе, в лечении которых используют гемосорбцию, плазмозамену и т. д.; возможна трансплацентарная и интранатальная передача от матери к плоду.

Жалобы:

- лихорадка до 38 °С и выше (в преджелтушном периоде);
- боли в правом подреберье;
- головная боль, слабость, общее недомогание;
- мигрирующие артралгии в крупных суставах;

- адинамия, снижение аппетита, тошнота и рвота;
- потемнение мочи и обесцвечивание кала.

Клиническая картина:

- субфебрильная температура (в желтушном периоде);
- выраженные боли в правом подреберье;
- нарастание интоксикации;
- уртикарные, пятнистые или пятнисто-папулезные высыпания;
- гепатоспленомегалия;
- характерна двухфазность течения с обострениями (клинико-ферментативные) на 15–32-е сутки желтушного периода (первая волна обусловлена действием ВГВ, вторая — репликацией ВГД);
- часто наблюдаются тяжелые и фульминантные формы с быстрым развитием печеночной комы, приводящей к летальному исходу.

Лабораторная и инструментальная диагностика: обязательная — см. вирусный гепатит В; анти ВГД IgM.

Дифференциальный диагноз: см. вирусный гепатит А.

Фульминантный гепатит (МКБ–В15–19)

Фульминантный гепатит (злокачественный гепатит) — вирусный гепатит, протекающий с массивным или субмассивным некрозом печени и прогрессирующей печеночной недостаточностью (гепатит с молниеносным течением).

Анамнез:

- начало заболевания внезапное, бурное;
- течение циклическое, но с коротким продромальным периодом, тяжелое;
- наиболее часто вызывает ВГВ сам по себе или в сочетании с HDV, несколько реже — HCV. У беременных развивается при ВГЕ.

Жалобы:

- температура до 39–40 °С;
- слабость, анорексия, тошнота, рвота, головная боль, головокружение, миалгии, артралгии;
- боли в животе, иногда могут быть интенсивными;
- инверсия сна (сонливость днем, бессонница ночью).

Клиническая картина:

- температура до 40 °С и выше, носит стойкий характер, не поддается воздействию жаропонижающих средств;
- выраженные нервно-психические расстройства вплоть до развития комы; ранним признаком является психомоторное возбуждение (резкое беспокойство, беспричинный монотонный мозговой крик, вскрикивания, особенно в ночное время); по мере нарастания комы появляется сон-

ливость, тремор рук, тонико-клонические судороги, нарушение сознания, развитие патологических рефлексов (хоботковый, симптом Бабинского, клонус стоп). У детей старшего возраста — раздражительность, инверсия сна, дезориентированность в пространстве и времени, приступы тоски, провалы памяти, нарушение почерка. Может развиваться острый психоз или делирий с бредом, галлюцинациями, двигательным возбуждением, судороги, потеря сознания;

- повторная рвота цвета кофейной гущи;
- геморрагическая сыпь на коже, кровоизлияния в слизистые, маточные кровотечения, кровотечения из носа и десен, кровоточивость из мест инъекций, кровоизлияния во внутренние органы;
- печеночный запах изо рта;
- острое сокращение размеров печени, тестоватой консистенции, болезненной при пальпации;
- быстрое нарастание желтухи;
- тахикардия, экстрасистолия, преждевременное появление II тона;
- одышка, в последующем дыхание по типу Куссмауля или Чейн–Стокса;
- метеоризм, парез кишечника, может быть диарея.

Лабораторная и инструментальная диагностика:

1) обязательная:

- общий анализ крови + тромбоциты;
- биохимический анализ крови: билирубин, АлАТ, АсАТ, общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, глюкоза, холестерин, ГГТП, щелочная фосфатаза, электролиты (K^+ , Na^+);
- коагулограмма: АЧТВ, ПТВ, ПТИ, фибриноген А, МНО, этаноловая проба;
- определение КОС;
- УЗИ органов брюшной полости;
- маркеры: HBsAg, HBeAg, анти-HBe, анти-HBc, анти-HBc IgM, анти-HBs, анти-ВГС, анти-ВГD;
- исследование крови на ВИЧ.

2) дополнительная (по показаниям):

- ПЦР ВГС, ВГВ, ВГD, вирусная нагрузка, генотип;
- проведение пункционной биопсии печени.

Лабораторные критерии тяжести:

- снижение показателя протромбина ($< 0,6$);
- снижение уровня АлАТ;
- снижение тимоловой пробы;
- снижение содержания общего белка;

- снижение содержания альбумина, диспротеинемия;
- снижение содержания холестерина и β -липопротеидов;
- соотношение неконъюгированный/конъюгированный билирубин (1 : 1 и более);
- изменения в периферической крови отличаются полиморфизмом: возможен как относительный или абсолютный нейтрофилез, так и апластическая анемия различной степени тяжести.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В, С (МКБ–В18.1, МКБ–В18.2)

Хронический вирусный гепатит — воспалительное заболевание печени, обусловленное HBV, HCV, продолжающееся 6 месяцев и более, способное привести к циррозу печени или быть ассоциированным с циррозом.

Анамнез: хронический вирусный гепатит чаще формируется после стертой или безжелтушной формы ОГВ или острого гепатита С, которая не была диагностирована.

Жалобы:

- быстрая утомляемость, ухудшение общего самочувствия, вялость, слабость, потливость, нарушение сна, эмоциональная неустойчивость.
- снижение аппетита, ощущение горечи во рту, тошнота, чувство тяжести в эпигастральной области и в правом подреберье, чередование запоров и неустойчивого стула.

Клиническая картина:

- астеновегетативный синдром (вялость, нарушение сна, эмоциональная неустойчивость и т. д.).
- у подавляющего большинства больных отсутствует синдром желтухи;
- болевой синдром наблюдается редко;
- гепатомегалия, изредка спленомегалия, увеличение всех групп лимфатических узлов;
- редко геморрагический синдром (петехии, кровоизлияния, транзиторные носовые кровотечения, кровотечения из десен);
- внепеченочные признаки (сосудистые звездочки, пальмарная эритема и др.).

Лабораторная и инструментальная диагностика:

1) обязательная:

- общий анализ крови + тромбоциты;
- общий анализ мочи;
- биохимическое исследование крови: билирубин и его фракции, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба, общий белок и его фракции, ГГТП, β -липопротеиды, холестерин, щелочная фосфатаза;

- иммунограмма: IgA, IgM, IgG;
 - УЗИ органов брюшной полости;
 - маркёры ВГ: HBsAg, HBeAg, анти-HBe, анти-HBc, анти-HBc IgM, анти-HBs, анти-VGD, анти-VГС;
 - исследование крови на ВИЧ;
- 2) дополнительная (по показаниям):
- фиброгастродуоденоскопия;
 - коагулограмма: АЧТВ, ПТВ, ПТИ, фибриноген А, МНО, этаноловая проба;
 - определение КОС;
 - проведение пункционной биопсии печени;
 - ПЦР крови (определение ДНК HBV, РНК HCV), вирусная нагрузка, генотипы;
 - содержание α -фетопротеина;
 - УЗИ щитовидной железы;
 - консультация эндокринолога: определение функционального состояния щитовидной железы (T_4 , ТТГ, антитела к тиропероксидазе или антитела к тироглобулину).

Дифференциальный диагноз: со всеми гепатитами (вирусной и другой этиологии).

Острые кишечные инфекции

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ С СИНДРОМОМ ИНВАЗИВНОЙ ДИАРЕИ (САЛЬМОНЕЛЛЕЗ (МКБ–А02), ШИГЕЛЛЕЗ (МКБ–А03), ЭШЕРИХИОЗ (МКБ–А04.2), ИЕРСИНИОЗ (МКБ–А04.6), КАМПИЛОБАКТЕРИОЗ (МКБ–А04.5), АМЕБИАЗ (МКБ–А06), ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТ НЕУТОЧНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ (МКБ–А04.9))

Инвазивные диареи — группа инфекционных кишечных заболеваний, при которых происходит глубокое поражение стенки кишечника вследствие действия бактерий или простейших.

Анамнез:

- начало заболевания острое;
- течение острое, затяжное, хроническое;
- источник инфекции — больной острой кишечной инфекцией, бактериовыделители;
- механизм передачи фекально-оральный;
- пути передачи: пищевой, водный, контактно-бытовой, возможен воздушно-пылевой (сальмонеллез).

Жалобы:

- повышение температуры;
- слабость, вялость, головная боль;
- снижение аппетита вплоть до анорексии, тошнота, рвота;
- схваткообразные боли в животе;
- жидкий стул с патологическими примесями (слизь, кровь).

Клиническая картина.

1) интоксикационный синдром (лихорадка, головная боль, рвота, приносящая облегчение, вялость, адинамия или беспокойство, снижение аппетита и др.)

2) колитический синдром:

- боли в животе по ходу толстого кишечника, в области сигмы;
- тенезмы;
- спазмированная и болезненная при пальпации сигмовидная кишка;
- податливость или зияние ануса, явления сфинктерита (чаще при шигеллезе);
- частый жидкий скудный стул с патологическими примесями в виде мутной слизи, зелени и крови («ректальный плевок» при шигеллезе, при колитическом шигиллезе); стул более обильный, не теряет каловый характер (сальмонеллез, энтероинвазивный эшерихиоз (ЭИЭ), энтероге-моррагический эшерихиоз (ЭГЭ), иерсиниоз, кампилобактериоз).

Лабораторная и инструментальная диагностика:

1) обязательная:

- общий анализ крови + гематокрит;
- биохимическое исследование крови: электролиты (K^+ , Na^+ , Cl^-), мочевины, креатинин;
- общий анализ мочи;
- бактериологическое исследование: мазок на ПКФ из прямой кишки; исследование кала на ПКФ с определением чувствительности выделенной культуры к антибиотикам;

2) дополнительная (по показаниям):

- биохимическое исследование крови: СРБ, АЛТ, АсАТ, билирубин, тимоловая проба, глюкоза, амилаза;
- определение параметров КОС;
- кал на ротавирусы методом ИФА;
- копрограмма + рН кала;
- серологическое исследование крови с диагностикумами: дизентерии, сальмонеллеза и иерсиниоза (РПГА);
- УЗИ органов брюшной полости.

Дифференциальный диагноз:

- с другими кишечными инфекциями;
- инвагинация кишечника;
- неспецифический язвенный колит.

Острые кишечные инфекции с синдромом секреторной диареи (Эшерихиозы (ЭПЭ, ЭТЭ) (МКБ–А04.0; МКБ–А04.1), холера (МКБ–А00), сальмонеллез (энтеритический вариант МКБ–А02), гастроэнтерит неуточненной этиологии (МКБ–А04.9))

Секреторные диареи — заболевания, характеризующиеся функциональными нарушениями эпителия тонкой кишки, что сопровождается гиперсекрецией воды и электролитов за счет продукции патогенами энтеротоксина и развитием дегидратации.

Анамнез:

- начало заболевания острое;
- течение острое;
- источник инфекции — больной острой кишечной инфекцией, бактериовыделители;
- механизм передачи фекально-оральный;
- пути передачи: пищевой, водный, контактно-бытовой, возможен воздушно-пылевой.

Жалобы:

- повышение температуры;
- слабость, вялость, головная боль;
- снижение аппетита вплоть до анорексии, тошнота, рвота;
- схваткообразные боли в животе;
- водянистый жидкий стул без патологических примесей.

Клиническая картина:

- интоксикационный синдром (лихорадка, головная боль, рвота, приносящая облегчение, вялость, адинамия, снижение аппетита и др.);
- боли в животе в эпигастральной и околопупочной области;
- метеоризм и урчание в кишечнике;
- симптомы дегидратации (сухость слизистых, жажда, снижение тургора тканей, замедленное расправление кожной складки, у детей 1-го года жизни — западение большого родничка, бледность или мраморность кожных покровов, тахикардия, олигурия, вплоть до анурии);
- стул частый, обильный, жидкий, водянистый, без патологических примесей.

Лабораторная и инструментальная диагностика:

1) обязательная:

- общий анализ крови + гематокрит;

- биохимическое исследование крови: электролиты (K^+ , Na^+ , Cl^-), мочевины, креатинин;
- общий анализ мочи;
- бактериологическое исследование кала на ПКФ с определением чувствительности выделенной культуры к антибиотикам;
- контроль массы тела;
- кал на ротавирусы;
- ИФА на рота-, норовирусы.

2) дополнительная (по показаниям):

- биохимическое исследование крови: СРБ, АлАТ, АсАТ, билирубин, тимоловая проба;
- определение параметров КОС;
- копрограмма + рН кала;
- серологическое исследование крови с диагностикумами: дизентерии, сальмонеллеза и иерсиниоза (РПГА);
- УЗИ органов брюшной полости;
- бактериологическое исследование рвотных масс, промывных вод желудка;
- ЭКГ.

Дифференциальный диагноз:

- с другими кишечными инфекциями;
- острым аппендицитом;
- синдромом мальабсорбции.

**ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ С СИНДРОМОМ ОСМОТИЧЕСКОЙ ДИАРЕИ.
ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ (МКБ–А08)**

Осмотические диареи — заболевания, развивающиеся при повышении осмотического давления химуса в результате накопления в просвете кишки нерасщепленных углеводов, пептидов.

Анамнез:

- начало заболевания острое;
- течение острое;
- источник инфекции — больной острой кишечной инфекцией, вирусоносители;
- механизм передачи фекально-оральный;
- пути передачи: пищевой, водный, контактно-бытовой, воздушно-капельный.

Жалобы:

- повышение температуры;
- слабость, вялость, головная боль;

- снижение аппетита вплоть до анорексии, тошнота, многократная рвота, запах ацетона изо рта;
- схваткообразные боли в животе;
- обильный, зловонный, водянистый стул без патологических примесей.

Клиническая картина:

- интоксикационный синдром (лихорадка, головная боль, рвота, приносящая облегчение, вялость, адинамия, снижение аппетита и др.);
- боли в животе в эпигастральной и околопупочной области;
- метеоризм и урчание в кишечнике;
- симптомы дегидратации (сухость слизистых, жажда, снижение тургора тканей, замедленное расправление кожной складки, у детей 1-го года жизни — западение большого родничка, бледность или мраморность кожных покровов, тахикардия, олигурия, вплоть до анурии);
- стул обильный, зловонный, водянистый, без патологических примесей; цвет от светло-желтого до горчичного или зелено-коричневого.

Лабораторная и инструментальная диагностика:

1) обязательная:

- общий анализ крови + гематокрит;
- общий анализ мочи;
- бактериологическое исследование кала на ПКФ с определением чувствительности выделенной культуры к антибиотикам;
- кал на ротавирусы;
- ИФА на рота-, норовирусы;
- контроль массы тела;

2) дополнительная (по показаниям):

- биохимическое исследование крови: электролиты (K^+ , Na^+ , Cl^-), мочевины, креатинин, СРБ, АлАТ, АсАТ, билирубин, тимоловая проба;
- определение параметров КОС;
- копрограмма + рН кала;
- серологическое исследование крови с диагностикумами: дизентерии, сальмонеллеза и иерсиниоза (РПГА);
- УЗИ органов брюшной полости;
- бактериологическое исследование рвотных масс, промывных вод желудка;
- ЭКГ.

Дифференциальный диагноз:

- с другими кишечными инфекциями;
- острым аппендицитом;
- синдромом мальабсорбции.

Литература

1. *Воротынцева, Н. В.* Острые кишечные инфекции у детей / Н. В. Воротынцева, Л. Н. Мазанкова. М. : Медицина, 2001. 477 с.
2. *Горелов, А. В.* Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых кишечных инфекций у детей : пособие для врачей / А. В. Горелов, Л. Н. Милютин, Д. В. Усенко. М., 2005. 106 с.
3. *Диагностика и дифференциальная диагностика заболеваний печени у детей : пособие для практических врачей / А. А. Ключарева [и др.].* Минск, 2001. 75 с.
4. *Диагностика и лечение острых кишечных ифекций у детей в условиях поликлиники : учеб.-метод. пособие / Г. М. Лагир [и др.].* Минск, 2010. 39 с.
5. *Кудин, А. П.* Инфекционные диареи у детей : учеб.-метод. пособие / А. П. Кудин, Г. М. Лагир. Минск, 2008. 64 с.
6. *Лечение вирусных гепатитов : науч. издание / А. А. Ключарева [и др.].* Минск, 2003. 222 с.
7. *Малякко, Д. В.* Вирусные острые кишечные инфекции : метод. рекомендации / Д. В. Малякко, С. Е. Украинцев. Минск, 2005. 59 с.
8. *Острые кишечные инфекции у детей (диагностика, классификация, лечение) : пособие для врачей / В. Ф. Учайкин [и др.].* М., 2003. 34 с.
9. *Ротавирусная инфекция : метод. рек. / В. Г. Гудков [и др.].* Минск, 2010. 22 с.

Оглавление

Список сокращений.....	3
Введение.....	4
Вирусные гепатиты.....	4
Гепатит А.....	4
Гепатит Е.....	6
Гепатит В.....	7
Гепатит С.....	9
Вирусный гепатит D.....	10
Фульминантный гепатит.....	11
Хронические вирусные гепатиты В, С.....	13
Острые кишечные инфекции.....	14
Острые кишечные инфекции с синдромом инвазивной диареи.....	14
Острые кишечные инфекции с синдромом секреторной диареи.....	16
Острые кишечные инфекции с синдромом осмотической диареи. Вирусные диареи.....	17
Литература.....	19