

Դեղնուկների տարբերակիչ ախտորոշումը

ԵՊԲՀ վարակաբանության ամբիոն

Թեմայի արդիականությունը

Դեղուկը որպես ախտանիշ դիտվում

- վարակային
- ոչ վարակային հիվանդությունների դեպքում (թերապևտիկ, հեմատոլոգիական, վիրաբուժական, ուռուցքային, ժառանգական հիվանդությունների և հեպատոտոքսիկ դեղորայքի ազդեցություններ):

Դեղնուկների զարգացման մեխանիզմները

- Էրիթրոցիտների ուժեղացած քայքայում
- Լյարդի ախտահարում
- Խոլեստազ

Վերը նշված բոլոր գործոնների համակցում

- Ալիմենտար և քիմիական մեխանիզմները.
 - զարգանում են ցիտրուսների, գազարի մեծաքանակ օգտագործման դեպքում (բետա կարոտինային փոխանակության խանգարում)
 - ակրիխինի օգտագործում (խինակրին)

Այս դեպքում գուճավորվում է միայն մաշկը, Լյարդը չի մեծանում, ֆունկցիան լինում է նորմալ

Պիզմենտային փոխանակությունը նորմայում

Այն բաղկացած է հետևյալ օղակներից.

- առաջացում
- կապում
- տրանսպորտ
- զավթում
- կոնյուգացիա
- արտազատում դեպի աղիներ
- օրգանիզմում լեղային պիզմենտների հետագա փոխակերպում

Առաջացում

- ֆիզիոլոգիական պայմաններում օրեկան`
 - հեմոլիզվում է էրիթրոցիտների 1%-ը
 - քայքայվում է 6-7 գ. հեմոգլոբին
 - առաջանում է 200-250 մգ ազատ բիլիռուբին
- ազատ բիլիռուբինի 80-85%-ը գոյանում է վերը նշված սխեմայով
- 15-20%-ը առաջանում է.
 - փայծաղի և ոսկրածուծի ոչ հասուն բջիջներից
 - լյարդում` հեմոսիդերին պարունակող սպիտակուցներից (ցիտոքրոմ p-450 և միոգլոբին)

Տրանսպորտ

- ազատ (չկոնյուլգացված, անուղղակի) բիլիոուբինը ամուր կապված է ալբումինի հետ
- չի անցնում երիկամային ֆիլտրով
- տոքսիկ է, հատկապես ուղեղանյութի համար
- տեղափոխվում է լյարդ

Չավթում

Դիսեի տարածությունից.

- զավթում է հեպատոցիտների կողմից
- բիլիռուբին-ալբումին համալիրը դիսոցացվում է
- սինուսոիդալ բևեռով անցնում է հեպատոցիտի մեջ

Կոնյուզացիա

- ուրիդին-դիֆոսֆատ-գլուկուրոնիլ-տրանսֆերազի (ՈՒԴՖԳՏ) ազդեցությանը բիլիռուբինը վերածվում է բիլիռուբին մոնոգլուկուրոնիդի (30%)
- բիլիռուբին-գլուկուրոնիլ-տրանսֆերազի օգնությանը բիլիռուբինը վերածվում է բիլիռուբին դիգլուկուրոնիդի (70%)
- կապված (կոնյուզացված, ուղղակի) բիլիռուբինը
 - ջրում լուծելի է
 - անցնում է երիկամային ֆիլտրով
 - ավելի քիչ տոքսիկ է

Արտագատում դեպի աղիներ

Կոնյուգացված բիլիռուբինը ենթարկվում է էքսկրեցիայի դեպի 12-մատնյա աղու լուսանցք բիլիար բևեռով

- բարակ աղիներում վերածվում է ուրոբիլինոգենի և ստերկոբիլինոգենի
- աղիներից ուրոբիլինոգենի որոշ մասը ներծծվում է արյան մեջ և վերադարձվում դեպի լյարդ, որտեղ էլ տեղի է ունենում նրա վերջնական չեզոքացումը
- ուրոբիլինոգենի աննշան մասը արտագատում է երկամների միջոցով
- ստերկոբիլինոգենից առաջանում է ստերկոբիլին, որով էլ պայմանավորված է կղանքի գունավորումը

Դեղնուկների դասակարգումը

Ըստ ժամանակակից դասակարգման տարբերում են.

վերլյարդային
(հեմոլիտիկ)



էրիթրոցիտների
ուժեղացված
քայքայում

լյարդային
(պարենխիմատոզ)



հեպատոցիտների
ախտահարում

ստորլյարդային
(խոլեստատիկ)



լեղուղիների
անցանելիության
խանգարում

Վերլյարդային դեղնուկներ (1)

Ընդհանուր նշաններ

- հիպերբիլիռուբինեմիան հիմնականում չկոնյուգացված բիլիռուբինի հաշվին է
- կղանքը և մեզը մուգ են՝ ուրոբիլինոգենի բարձր պարունակության հաշվին
- մաշկային ծածկույթները դեղնուկային և գունատ են (անեմիա)
- լյարդը մեծացած չէ
- լյարդի ֆունկցիան խանգարված չէ (ԱՍՏ-ի, ԱԼՏ-ի և ՅՖ-ի ակտիվությունը նորմալ են)
- ծայրամասային արյան մեջ.
 - անեմիա (էրիթրոցիտոպենիա)
 - ռետիկուլոցիտոզ (էրիթրոցիտների ռեգեներացիայի ուժեղացում)

Վերլարդային դեղնուկներ (2)

Տարանջատվում են.

- կորրպուսկուլյար
- էքստրակորպուսկուլյար
- բիլիռուբինի ուժեղացված արտադրություն տարածում հեմատոմաներում

Կորպուսկուլյար հենուլիտիկ դեղնուկ	Էքստրակորպուսկուլյար հենուլիտիկ դեղնուկ	Չենուլիտիկ դեղնուկներ՝ այլ պատճառներից
<p>1. էրիթրոցիտների կենսաքիմիական դեֆեկտներ.</p> <p>– անբավարար Գ6ՖԴՅ</p>	<p>1. իզոհակամարմիններ (անհամատեղելի արյան ներարկում)</p>	<p>1. էրիթրոցիտների քայքայում խոշոր հեմատոմաներում</p>
<p>2. էրիթրոցիտների թաղանթի դեֆեկտ.</p> <p>– ժառանգական միկրոսֆերոցիտոզ</p> <p>– ժառանգական ստոմացիտոզ</p> <p>– պարոքսիզմալ գիշերային հենոգլոբինուրիա</p>	<p>2. տարբեր վարակային ազենտների հենուլիզիններ (վիրուսներ, լեպտոսպիրներ, սեպսիսի հարուցիչներ)</p> <p>3. մալարիայի պլազմոդիումներ</p>	<p>2. սրտամկանի տարածում ինֆարկտ</p> <p>3. արյունազեղում որովային խոռոչ</p> <p>4. արյունազեղում պլերայի խոռոչ</p>
<p>3. հենոգլոբինոպաթիաներ (թալասեմիա), գլոբինի սինթեզի ժառանգական խանգարում</p>	<p>4. հենուլիտիկ թուլյների ազդեցություն (մկնդեղ, ծծմբաջրածին)</p>	

ԱՌՆԱՏՈՒԿԱՆ ԻՆՏԵՆՍԻՎ ՊԵՂՆՈՒԿՆԵՐ

1. իդիոպաթիկ (պատճառները անհայտ են)
2. ախտանշանային

միելոմային
հիվանդություն

լիմֆոլեյոզ

լիմֆոսարկոմա

համակարգային
կարմիր գայլախտ

ռևմատոիդ արթրիտ

ոչ յուրահատուկ
խոցային կոլիտ

կարմրուկ

կարմրախտ

անգինա

համաճարակային
պարոտիտ

Լյարդային դեղնուկներ

Ընդհանուր նշաններ

- հիպերբիլիռուբինեմիան հիմնականում կոնյուգացված բիլիռուբինի հաշվին է
- մեզը մուգ է, ի հաշիվ բիլիռուբինի բարձր պարունակության, կղանքը ախուլիկ է
- մաշկային ծածկույթները դեղնուկային են (flavin ichterus)
- Լյարդը չափավոր մեծացած է
- Լյարդի ֆունկցիան խանգարված է.
 - ԱԼՏ-ի և ԱՍՏ-ի ակտիվությունը կտրուկ բարձրացած է
 - նստվածքային -կոլոիդային փորձերը շեղված են
 - պրոթրոմբինային ինդեքսը իջած է
- ծայրամասային արյան մեջ.
 - կարմիր արյունը փոփոխված չէ, ԷՆԱ-ն նորմալ է կամ իջած, երբեմն լեյկոպենիա

Վիրուսային վարակային հիվանդություններ

1. Սուր հերպեսային լյարդաբորբ

- հաճախ զարգանում է գեներալիզացված ձևի դեպքում իմունիտետի խիստ ընկճման պայմաններում
- ուղեկցվում է արտահայտված դեղնուկով, հեպատոսպլենոմեգալիայով, ինտոքսիկացիայով
- Սուր հերպետիկ լյարդաբորբն ընթանում է.
 - տարածուն հերպետիկ էկզանթեմայով և էնանթեմայով
 - հերպետիկ էնցեֆալիտով
 - հերպետիկ թոքաբորբով (վիրուսային, բակտերիալ բնույթի)
- ընթացքը շատ ծանր է, մահացությունը – 30%
- ախտորոշումը
 - վիրուսոլոգիական (վիրուսի կուլտիվացում)
 - շճաբանական (ՇԿՌ, ԻՖԱ, ԻԱՌ)
 - ՊՇՌ (վիրուսի ԴՆԹ-ի հայտնաբերում)

2. Սուր ցիտոմեգալովիրոսային (ՑՄՎ) հեպատիտ

3. 2.1 բնածին ցիտոմեգալովիրուսային վարակն ընթանում է սուր հեպատիտի ախտանշաններով.

- արտահայտված դեղնուկ, որը հարաճում է 2-3րդ շաբաթների ընթացքում, հետագայում շատ դանդաղ նվազում է (2-6-րդ շաբաթներ)
- էնցեֆալիտ, որը ուղեկցվում է աչքերի բնածին ախտահարումներով (կատառակտ,խորիոռետինիտ,տեսողական նյարդի ատրոֆիա)
- հեպատոսպլենոմեգալիա
- հեմոռագիկ էկզանթեմա
- ծայրամասային արյան մեջ արտահայտված անեմիա և թրոմբոցիտոպենիա

2.2 ձեռքբերովի ՑՄՎ վարակն ընթանում է իմունիտետի խիստ ընկճման պայմաններում.

- սուր ցիտոմեգալովիրուսային հեպատիտի առաջացում`
 - բարձր տենդ, տոքսիկոզ
 - արտահայտված դեղնուկ
 - հեպատոսպլենոմեգալիա

Մնացած օրգանային ախտահարումներ

- վիրուսային ծագման թորշոմ ընթացքի թոքաբորբ
- էնցեֆալիտ
- տարածուն էկզանթեմաների և էնանթեմաների բացակայություն, որը համարվում է տարբերակիչ ախտորոշիչ չափորոշիչ հերպետիկ վարակի բացառման համար

ՑՄՎ վարակի ախտորոշումը

1. Թքի, մեզի, ստամոքսի պարունակության, ՌԻՌՅ-ի բջջաբանական հետազոտություն (ցիտոմեգալների հայտնաբերում)
2. Վիրուսաբանական (վիրուսի կուլտիվացում)
3. Շճաբանական (IgM և IgG)
4. ՊՇՌ (վիրուսի ԴՆԹ-ի հայտնաբերում)

3. Սուր հեպատիտ վարակային մոնոնուկլեոզի դեպքում

- զարգանում է հաճախ
- արտահայտված դեղնուկ
- հեպատոսպլենոմեգալիա՝ փայծաղի մեծացման գերակշռմամբ
- արտահայտված ինտոքսիկացիա

Վարակային մոնոնուկլեոզի բնորոշ նշաններ:

1. երկարատև տենդ, 38-40C, չի իջնում դեղնուկի ի հայտ գալուց հետո
2. **տոնզիլիտ** – հիվանդության առաջին օրերից
3. **ԳԼԱՊ** – հատկապես անկյունծնոտային պարանոցային ավշահանգույցները՝ չափսերը 1-3 սմ, կարծրավուն, ցավոտ, շարժուն

4. հեպատոլիենալ համախտանիշ (հնարավոր է փայծաղի պատռում)
5. ծայրամասային արյան փոփոխություններ
 - լեյկոցիտոզ – 9-25 000.
 - լիմֆոցիտոզ
 - ատիպիկ մոնոնուկլեարներ ավելի քան 10% (ի հայտ են գալիս հիվանդության 2-3-րդ օրերին, պահպանվում են , 2-3 շաբաթից մինչ՝ 2 ամիս)
 - ԷՆԱ-ն նորմալի սահմաններում, կամ քիչ բարձր

4. Սուր վիրուսային հեպատիտ դեղին տենդի դեպքում

- բնաօջախային, տրանսմիսիվ հիվանդություն
- կարանտինային վարակ
- սկիզբը սուր , հանկարծակի
- բարձր տենդ - 39-41C, ինտոքսիկացիա
- մկանացավեր, գլխանոցի ախտանիշ
- դեղնուկը հիվանդության 3-4-րդ օրվանից
- հեմոռագիկ համախտանիշ 5-րդ օրվանից՝ քթային, ստամոքսաղիքային, արգանդային, թոքային արյունահոսություններ և հեմոռագիկ էկզանթեմա
- մահը վրա է հասնում լյարդ-երիկամային անբավարարությունից, վարակային-տոքսիկ շոկից

Դեղին տենդի ախտորոշումը

Էպիդանամնեզ՝ հիվանդը եղել է էնդեմիկ գոտում
(ինկուբացիոն շրջանի տևողությունը մինչև 5 օր)

- Վիրուսաբանական
- ՇՃաբանական

Բակտերիալ ծագման վարակային հիվանդություններ

1. Լեպտոսպիրոզ

- սկիզբը սուր է
- բարձր տենդ – 39-40°C
- դեղնուկը խառը բնույթի է, հիվանդության 3-5-րդ օրերից
- երիկամների ախտահարում
- մկանացավեր, հատկապես ձկնամկանները, օձիքի ախտանիշ
- շճային մեմինգիտ
- հեմոռագիկ համախտանիշ (արյունազեղումներ մաշկում, արյունահոսություններ)
- ծայրամասային արյան մեջ՝ նեյտրոֆիլ լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ն արագացած

Ախտորոշում

1. Էպիդանամներգ (բաց ջրամբարներում լողանալը, կենդանիների հետ կոնտակտ)
2. հարուցչի հայտնաբերումը արյան, ողնուղեղային հեղուկի մեջ, իսկ ավելի ուշ՝ մեզում
3. Շճաբանական հետազոտություններ

2. Պսևդոտուբերկուլյոզ

- սուր հեպատիտ, դեղնուկի զարգացում
- սկիզբը սուր է
- բարձր տենդ – 39-40°C
- գլխանոցի ախտանիշ
- մեզադենիտ, տերմինալ իլեիտ
- յուրահատուկ, մանր կետավոր “քութեշանման” էկզանթեմա ամբողջ մարմնով հիվանդության 3-րդ օրվանից
- ափերի և ներբանների մաշկը հիպերեմիկ է
- լեզուն վառ կարմիր է՝ արտահայտված պտկիկներով (մորենման)

Ախտորոշում

1. արյան, կղանքի, մեզի բակտերիաբանական հետազոտություն
2. Շճաբանական մեթոդներ

3. Աղիքային յերսինյոզ

- սուր հեպատիտը և դեղնուկը զարգանում են գեներալիզացված ձևերի դեպքում
- սկիզբը սուր` դող, քրտնարտադրություն
- բարձր տենդ – 39-40°C
- բազմաձև ցան
- հեպատոսպլենոմեգալիա
- արտահայտված դեղնուկ

Ախտորոշում

1. Հարուցչի անջատումը արյան, կղանքի, մեզի, լիքվորում
2. Շճաբանական մեթոդներ

4. Սալմոնելոզ

- սուր հեպատիտը և դեղնուկը զարգանում են հիմնականում գեներալիզացված ձևի դեպքում
- սկիզբը սուր է
- ջերմության բարձրացում մինչև 39-40°C, արտահայտված տոքսիկոզ
- հեպատոսպլենոմեգալիա, արտահայտված դեղնուկ

Ախտորոշում

1. Հարուցչի անջատումը արյան, կղանքի, մեզի, թարախային օջախից
2. Շճաբանական մեթոդներ

5. Սեպսիս.

- բնորոշ է առաջնային օջախների առկայությունը
- կրկնակի դիսեմինացում, երկրորդային օջախների զարգացում
- ընթացքի ացիկլայնություն
- պրոգրեսիվող ծանր ընթացք
- հեկտիկ հյուծող տենդ, դողերոցք, քրտնարտադրություն
- էկզանթեմա
- լյարդի ախտահարում դեղնուկի առաջացմամբ /հիմնականում կլիտրոնագուլյն/
- ծայրամասային արյան մեջ – լեյկոցիտոզ, անեմիա

Ախտորոշում

Միևնույն հարուցչի հայտնաբերում արյան մեջ, առաջնային և երկրորդային օջախներում

5. Օրնիտոզ

- Ըարդի ախտահարումը հանդիպում է ծանր ընթացքի ժամանակ
- բարձր տենդ, մինչև 39-40C, արտահայտված տոքսիկոզ
- հեպատոսպլենոմեգալիա հիվանդության 7-8-րդ օրից
- սուր հեպատիտ, դեղնուկ
- ատիպիկ, ձգձգվող բնույթի թոքաբորբի զարգացում
- ցավեր կրծքավանդակում
- մանր բշտիկային թաց խզղոցներ, հազ` խորխարտադրությամբ
- երկարատև ասթենիզացիա
- ծայրամասային արյան մեջ` լեյկոպենիա, ԷՆԱ արագացում

Ախտորոշում

1. Համաճարաբանական անամնեզ (թռչունների հետ շփում, աշխատանք թռչնաֆերմաներում)
2. Շճաբանական մեթոդներ

Վարակային հիվանդություններ՝ նախակենդանիներով հարուցված

Ամեորային հեպատիտ

Հեպատիտը և դեղնուկը արտահայտվում են աղիքային երևույթների ֆոնի վրա.

- լուծ
- ցավ աջ զստային շրջանում
- ապակենման լորձ (մորենման դոնդող)
- բնորոշ փոփոխություններ էնդոսկոպիայի ժամանակ
- ջերմությունը նորմալ է կամ ենթատենդային

Ամերթային թարախակույտ

- դեղնուկը առաջանում է աղիքային երևույթների մարման կամ բացակայության շրջանում
- սկիզբը սուր՝ հեկտիկ տիպի բարձր տենդ, դողերոցք
- գիշերային քրտնարտադրություն
- ցավ, **ուրը** ուժեղանում է ներշնչելիս, հազի, դիրքի փոփոխության, շոշափման ժամանակ
- լյարդի չափերի մեծացում, մակերեսի անհամաչափություն
- հաճախակի տեղակայում՝ աջ բլթի վերին հատվածներում
- բարդություններ բացվելիս՝ ենթաստոծանիական թարախակույտ, թարախային պերիտոնիտ, պլևրիտ, սրտի տանպոնադա (պերիկարդ բացվելու դեպքում)

Ամերիկացի ախտորոշում

1. Կղանքի մանրադիտում՝ մեծ վեգետատիվ ձևի (էրիթրոֆագ) և Շարկո-Լեյդենի բյուրեղների հայտնաբերում
2. Էնդոսկոպիկ հետազոտություն
3. Թարախակույտի պունկցիա

Տոքսիկ հեպատիտներ

- վարակային պրոցեսի նշանների բացակայություն (տենդ, ցիկլայնություն և այլ նշաններ)
- տվյալ թունավորմանը բնորոշ նշաններ

ըստ վիճակագրական տվյալների, հիվանդների 2%-ի մոտ դեղնուկը պայմանավորված է դեղորայքի ընդունմամբ

ԱՄՆ –ում լյարդի ֆուլմինանտ անբավարարության 25%-ը պայմանավորված է դեղորայքի ընդունմամբ

Լյարդի դեղորայքային ախտահարումներ

հաճախ առաջացնում են

- հակամանրեային դեղամիջոցները (տետրացիկլիններ, լևոմիցետին)
- սուլֆանիլամիդներ
- տուբերկուլոստատիկներ
- նյարդա- և հոգեմետ դեղորայք
- ՈՍՀԲ
- հորմոնալ դեղամիջոցներ
- ցիտոստատիկներ
- հակաթիրեոիդային դեղամիջոցներ
- անզգայացման համար կիրարկող դեղամիջոցներ (ֆտորոտան)
- սիրտանոթային դեղամիջոցներ

Սուր ալկոհոլային հեպատիտ

- դեղնուկը զարգանում է ալկոհոլիզմով տառապող հիվանդների մոտ
- ՉՖ, ԳԳՏ-ի ակտիվության բարձրացում
- խոլեստերինի, բետա-լիպոպրոտեինների քանակի բարձրացում
- բիլիռուբինո-ամինոտրանսֆերազային դիսոցիազիա
- ծայրամասային արյան մեջ՝ լեյկոցիտոզ

Տոքսիկ հեպատիտներ

տեխնիկական հեղուկներով մասնագիտական թունավորմամբ

- ազոտի օքսիդ
- հիդրազին և նրա ածանցյալներ
- թունավորում քլորէթանով
- թունավորում էթիլենգլիկոլով

Այս թունավորումները առաջանում են արտադրության մեջ,
որտեղից հիվանդները տեղափոխվում են սուր թունավորումների
բաժանմունք:

Մտորվարդային դեղնուկներ

Ընդհանուր նշաններ

- հիպերբիլիռուբինեմիան հիմնականում կոնյուգացված բիլիռուբինի հաշվին
- մեզը մուգ, կղանքը՝ հիմնականում ախտիկ
- մաշկը դեղին, երբեմն՝ հողագույն կամ կանաչավուն
- լյարդը չափավոր մեծացած
- արտահայտված մաշկի քոր
- լյարդի ֆունկցիան խանգարված է.
 - ՅՖ-ի ակտիվության բարձրացում, երբեմն՝ կտրուկ
 - խոլեստերինի, բետա-լիպոպրոտեիդների քանակի բարձրացում
 - ԱՏՏ-ի և ԱՍՏ-ի ակտիվությունը նորմալ կամ որոշ դեպքերում չափավոր բարձրացած
- ծայրամասային արյան մեջ.
 - հիմնականում՝ լեյկոցիտոզ և ԷՆԱ-ի արագացում

Մտորվարդային դեղնուկների պատճառներ

- լյարդային և ընդանուր լեղուղիների օբստրուկցիա՝ քարերով կամ հելմինտներով
- ընդանուր լեղուղու ճնշում արտաքինից՝ ուռուցքով, մեխանիկական պաթոլոգիայի հանգույցով և այլն
- ընդանուր լեղուղու նեղացում՝ սպիներով
- լեղուղիների ատրեզիա

Քանի որ այս դեղնուկները պայմանավորված են լեղու նորմալ արտահոսքի խախտմամբ նրանք կոչվում են նաև մեխանիկական դեղնուկներ

Մտորվյալարդային դեղնուկ առաջացած հելմինթներով

- դեղնուկը՝ չափավոր կամ թույլ արտահայտված
- էպիդ տվյալներ՝ էնդեմիկ շրջանների այցելում
- արտահայտված էոզինոֆիլիա /մինչև 20% և ավել/
- հելմինթների կամ նրանց ձվերի հայտնաբերում
- յուրահատուկ իմունոլոգիական մարկերների հայտնաբերում

Ժառանգական պիզմենտային հեպատոզներ

Յեմոլիտիկ, պարենխիմատոզ, տոքսիկ դեղնուկների բացառման դեպքում մնում են բիլիռուբինի փոխանակության ժառանգական խանգարումով հիվանդները.

1. Ժիլբերի համախտանիշ
2. Կրիգլեր Նայարի համախտանիշ
3. Դաբին-Ջոնսոնի համախտանիշ
4. Ռոտորի համախտանիշ

1. Ժիւքերի համախտանիշ – ընտանեկան բարորակ չկոնյուգացված հիպերբիլիռուբինեմիա

- պոպուլյացիայում կազմում է 2-5 %
- ՈՒԴՖԳՏ-ի աուտոսոմ ռեցիսիվ արդյունք (սինթեզի իջեցում)
- գլյուկուրոնաթթվի հետ բիլիռուբինի կոնյուգացիայի իջեցում մինչև 30%
- բիլիռուբինի միջին ցուցանիշները՝ 17-85 մկմոլ/լ
- դեղնուկն ունի ինտերմիտվող բնույթ
- սորբիտոլեհիդրոգենազի և ԱԼՏ-ի ակտիվության բարձրացում
- կարող է ուժեղանալ ինտերկուրենտ վարակներից և սովից հետո (թուլություն, սրտխառնոց, տհաճ զգացողություններ լյարդի շրջանում)
- արդյունքը բարենպաստ է, բուժում չի պահանջում

2. Կրիզներ-Նայարի համախտանիշ (I և II տիպեր)

I տիպ

- ՈՒԴՖԳՏ-ի ակտիվության լրիվ բացակայություն
- չկոնյուգացված քիլիռուբինի մակարդակը շատ բարձր է և մշտական աճում է
- քիլիռուբինի գլյուկուրոնիդներ շիճուկում չեն հայտնաբերվում
- կղանքը ախուլիկ է, մեզը՝ բաց
- չարորակ ընթացք
- ԿՆՅ-ի ախտահարում (կորիզային դեղնուկ, մկանային հիպերտոնուս, նիսթագմ, օպիստոտոնուս, տոնիկ և կլոնիկ կծկանքներ)
- նորածնի մահ կյանքի 1-ին տարվա ընթացքում

II տիպ

- ՈՒԴՖԳՏ-ի աուտոսոմ-ռեցեսիվ դեֆեկտ. ակտիվությունը զգալի իջած է՝ մինչև 10%
- չկոնյուգացված բիլիռուբինի բարձրացում, սակայն ավելի քիչ, քան I տիպի դեպքում
- շիճուկում բիլիռուբինի գլյուկուրոնիդների աննշան բարձրացում
- ընթացքն ավելի բարենպաստ է, քան I տիպի դեպքում
- արդյունք ֆենոբարբիտալով բուժումից

Շնորհակալություն
ուշադրության համար