

критического стеноза легочной артерии.

У одного ребенка на 10 сутки жизни выполнена радикальная коррекция D-транспозиции магистральных сосудов. Ребенок с атрезией легочной артерии и сердечной недостаточностью II А был прооперирован в первые сутки после рождения.

Оперативное вмешательство по поводу сочетанных пороков сердца выполнено в 2 анализируемых случаях.

У двух детей врожденный порок сердца сочетался с синдромом Дауна.

Оперативная коррекция врожденных пороков сердца проведена 13 (61,9%) детям на первом году жизни, 3 (14,3%) – в возрасте 1-3 лет, 5 (23,8%) – в возрасте до 8 лет.

У 14% детей врожденный порок сердца сочетался с нарушениями ритма сердца: наджелудочковой пароксизмальной тахикардией, АВ-блокадами.

Таким образом, радикальная коррекция врожденных пороков сердца у детей в 76,2% случаев проводится в первые три года жизни. Операции на сердце по поводу тяжело протекающих пороков: атрезии легочной артерии и D-транспозиции магистральных сосудов – в первые 10 дней жизни.

## **«НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ»**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**Стрельчук М.В., Пивоварчик А.С., ПФ**

Научный руководитель – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии №2 А.И. Пальцева

Совершенствование помощи новорожденным детям является одной из важнейших задач здравоохранения РБ. В связи с наблюдающимся в последние годы патоморфозом перинатальной патологии желтухи периода новорожденности по-прежнему остаются актуальной проблемой неонатологии. Согласно литературным данным длительность гипербилирубинемии все чаще переходит границы периода новорожденности, что трактуется как затяжное течение неонатальной желтухи. Особенность современного течения желтухи у новорожденных состоит в том, что наряду с повышением уровня непрямого билирубина в сыворотке крови, все чаще имеет место повышение уровня его прямой фракции, которое сопровождается пороговыми значениями активности печеночных ферментов [1].

Учитывая вышеизложенное, поиск безвредных средств желчегонного действия, является актуальной задачей неонатологии.

**Целью настоящего исследования стало изучение тактики и методов ведения новорожденных с неонатальной желтухой.**

#### **Материал и методы.**

Под наблюдением находилось 43 младенца с неонатальной желтухой. Диагноз неонатальной желтухи ставился на основании появления желтушного синдрома в первые 24 часа жизни, превышения уровня билирубина свыше 200 мкмоль/л у доношенных и свыше 150 мкмоль/л у недоношенных новорожденных, наличия признаков обструктивной желтухи.

Использовался клинический метод оценки желтушного синдрома, предложенный Крамером (Kramer, 1969г.). Он заключался в следующем: надавливали пальцем на кожу новорожденных в стандартных зонах (1-5) и оценивали цвет кожи в этих зонах (рисунок 1). Эти зоны желтухи отражали нисходящую прогрессию дермальной желтухи.



*Рисунок 1 – Правило Крамера для клинической оценки неонатальной желтухи*

Доношенных новорожденных с визуальной оценкой желтухи II-III ст. обследовали лабораторно. Лабораторное обследование включало общий анализ крови, общий анализ мочи, уровень билирубина (общего и прямой его фракции), ALAT, ASAT, GGT, щелочную фосфатазу.

Оценивали физическое развитие, клиническое состояние новорожденных и наличие сопутствующей патологии.

Все обследованные дети были от одноплодной беременности. Течение настоящей беременности было отягощено угрозами прерывания у 18%, гестозом второй половины – у 17,8%, гинекологическими заболеваниями страдали 40%, 8 женщин во время беременности получали гормональное лечение (дюфастон). Обострение хронических заболеваний у женщин во время беременности имело место у 48%, ОРЗ в течение данной беременности перенесли 50%. Аборты в анамнезе были у 34%

женщин. Роды через естественные родовые пути – у 70%, путем операции кесарево сечения родилось 30% детей, факт родостимуляции окситоцином зафиксирован у 30% женщин. Из 43 обследованных детей – 50% родились преждевременно, признаки морфофункциональной незрелости отмечались у 20,8%. Внутриматочную гипоксию диагностировали у 29% новорожденных. Дети с изоиммунизацией по АВО – системе и Rh-фактору в исследовании не включались.

Группу сравнения составили 10 доношенных младенцев с физиологическим уровнем билирубина. Основная группа доношенных младенцев и группа сравнения были сопоставимы по всем основным характеристикам.

Анализ лабораторных показателей уровня билирубина в пуповинной крови показал, что у новорожденных с неонатальной желтухой он изначально был достоверно более высоким ( $41,3 \pm 3,4$  мкмоль/л и  $21,4 \pm 5,6$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ ).

Максимальный подъем билирубина наблюдался на 3-4-ый день жизни и составлял от 216 мкмоль/л до 289 мкмоль/л у доношенных и от 153 мкмоль/л до 290 мкмоль/л у недоношенных. Новорожденные от матерей получавших в родах окситоцин, имели более высокие уровни билирубина. Кроме того новорожденные получавшие цефалоспорины также имели достоверно более высокие цифры билирубина на 5-ые сутки жизни ( $276,6 \pm 8,9$  и  $226,3 \pm 6,4$ ,  $p < 0,05$ ). У 80% новорожденных с неонатальной желтухой, отмечалось повышение прямой фракции билирубина свыше 10% от общего его уровня.

Анализ марфологии форменных элементов крови показал, что у новорожденных с неонатальной желтухой средний объем среднего эритроцита был достоверно ниже чем у детей без желтушного синдрома ( $99,3 \pm 1,0$  и  $87,2 \pm 1,3$ ,  $p < 0,05$ ).

У новорожденных, находившихся под нашим наблюдением, в комплексном лечении неонатальной желтухи был применен хофитол – препарат растительного происхождения (экстракт из зеленых листьев артишока полевого). Препарат обладает желчегонным, гепатопротекторным, диуретическим и детоксицирующим действием, способствует выработке ферментов гепатоцитами. Препарат назначался по 5 капель 3 раза в день через рот 13 новорожденным. Урсосан назначался по 10 мг/кг в сутки 20 новорожденным. Оба препарата назначались на фоне проводимой базисной терапии, включающей внутривенную инфузию глюкозо-солевых растворов, фототерапию. Новорожденные (10) группа сравнения находились только на базисной терапии.

На протяжении всего курса лечения эффективность хофитола и урсосана оценивалась по следующим критериям – изменение степени прокрашивания кожных покров, переносимость препаратов (наличие или отсутствие срыгиваний, метеоризма) характера стула, лабораторных

показателей уровней билирубина, активности печеночных ферментов.

На фоне проведенной терапии в основной группе детей, получавших хофитол и урсосан, клиническое разрешение желтухи произошло к 8-10-м суткам от начала лечения, что было подтверждено лабораторными данными. Уровень билирубина снизился до  $108,6 \pm 7,6$  мкмоль/л. Снижение билирубина в группе сравнения шло медленнее, потребовало продолжения комплексной терапии до 15-16 суток постнатальной жизни. Нормализация билирубина у недоношенных младенцев происходила более медленными темпами от начала лечения. Уровень билирубина до  $104,7 \pm 1$  мкмоль/л снизился только к 16-18 суткам жизни. При снижении общего билирубина более значительными темпами шла нормализация уровня прямой его фракции в группе новорожденных, получавших хофитол и урсосан. Снижение уровня билирубина сопровождалось также нормализацией активности АЛАТ, АСАТ, GGT, щелочной фосфатазы.

Выводы:

1. Применение окситоцина в родах с целью стимуляции родовой деятельности повышает риск развития гипербилирубинемии у новорожденных.

2. Снижение объема эритроцитов в общем анализе крови может служить маркером прогнозирования более выраженной желтухи у новорожденных.

3. Новорожденным с неонатальной желтухой нецелесообразно назначение антибиотиков цефалоспоринового ряда.

4. Включение хофитола и урсосана в комплексную программу лечения новорожденных с затяжным течением неонатальных желтух способствует купированию неонатального холестаза, что приводит к быстрой регрессии гипербилирубинемии.

5. Побочных эффектов препарата в виде метаболических, аллергических, желудочно-кишечных дисфункций на фоне приема препарата не было отмечено.

Литература:

1. Анастасевич, Л.А., Симонова, Л.В. Желтухи у новорожденных // Лечащий врач. – 2006. 10. С. 66 – 71.