

ЖЕЛТУШНЫЙ СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Янковская Н.И., Бусел Я.В., Квач А.П., Старостенко А.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

Актуальность. У новорожденных детей часто возникает желтушное окрашивание кожных покровов, которое связано с повышением уровня билирубина в сыворотке крови. Такое явление можно расценить как физиологическое, но его причиной могут быть и различные патологические состояния врожденного, приобретенного и наследственного характера [1].

Физиологическая желтуха у новорожденного младенца развивается в результате имеющихся функциональных особенностей обмена билирубина: повышенное образование билирубина, обусловленное содержанием относительно большого количества эритроцитов и их относительно короткой продолжительностью жизни, снижение глюкуронилтрансферазной и экскреторной функции печени, связывания свободного билирубина альбумином, транспорта свободного билирубина в гепатоцит из-за дефицита «Y» – протеина, а также усиленная энтерогепатическая циркуляция билирубина [1, 2].

На первый взгляд физиологическое течение желтухи может принять патологический характер (высокие цифры билирубина, превышающие предельно допустимые, пролонгированное ее течение), что может быть обусловлено неблагоприятным фоном, на котором она протекает (врожденная инфекция, недоношенность, задержка внутриутробного развития, перинатальное постгипоксическое поражение центральной нервной системы, метаболические нарушения, антибактериальная терапия и т. д.). В условиях патологических влияний нарушается становление конъюгационной функции печени, снижается билирубин связывающая способность плазмы, что приводит к повышению непрямой фракции билирубина и риску развития билирубиновой интоксикации с поражением головного мозга у новорожденного младенца. Однако желтушный синдром у новорожденного ребенка может быть и признаком тяжелого заболевания (гепатита, наследственной патологии обмена веществ, тяжелого инфекционного процесса, гемолитической болезни и т.д.) [1, 2, 3].

Наличие многообразия причин желтушного синдрома у детей в неонатальном периоде требует дифференцированного подхода к его диагностике для определения терапевтической тактики.

Учитывая сказанное, является актуальным выявление особенностей течения желтушного синдрома у новорожденных с целью профилактики возможных отдаленных последствий.

Цель работы – провести анализ течения желтушного синдрома у новорожденных младенцев.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 197 карт стационарных пациентов с желтушным синдромом, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в 2014 году, из них – 58,2% мальчиков, 42,8% – девочек. Всем новорожденным оценена клиническая картина, проведено инструментальное и лабораторное обследование.

Результаты и их обсуждение. Анализ карт стационарного пациента показал, что доношенные новорожденные составили 45,4%, недоношенные – 54,6%. Большая часть детей (53,0%) родились путем операции кесарево сечение. При анализе течения беременности выявлено, что у каждой третьей женщины беременность протекала с угрозой прерывания в различных сроках гестации, с гестозом – у 25 женщин (15,0%). Инфекционная патология (хронический пиелонефрит, герпетическая инфекция, острый бронхит, трахеит, кольпит, пиодермия, уреаплазмоз) была отмечена у половины беременных. В 17,3% случаев диагностирована фетоплацентарная недостаточность. У 17,9% женщин беременность протекала на фоне никотиновой интоксикации и хронического алкоголизма. Осложнения в родах выявлены у 31 женщины, что составило 18,5%. Средний возраст матерей – 28 ± 3 года. 40,1% детей родились в тяжелом состоянии, из них в асфиксии – 4,8%, половина из них нуждалась в респираторной поддержке. Тяжесть состояния у 87,0% новорожденных была обусловлена врожденной инфекцией неуточненной этиологии, из них у 21,1% – врожденной пневмонией. В качестве сопутствующей патологии у большей половины детей отмечено гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы различной степени тяжести, анемия выявлена у 58 (34,7%) детей.

Желтушный синдром был диагностирован у 197 младенцев, что составило 30,0% от всех новорожденных, прошедших через отделение за этот год. У всех детей желтушное окрашивание кожных покровов появилось в конце вторых начале третьих суток жизни. Уровень общего билирубина на 3-4 сутки жизни у доношенных младенцев колебался от 146,7 до 340,0 мкмоль/л, у недоношенных – от 200,0 до 300,0 мкмоль/л. У недоношенных в 35,6% случаев и у 31,1% доношенных новорожденных цифры билирубина превышали предельно допустимые значения, что требовало проведения лечения, в частности, фототерапии, длительность которой составила от 12 до 76 часов. В 21,4% случаев гипербилирубинемия имела пролонгированное течение, из них у 75,0% – доношенных и 25,0% – недоношенных новорожденных. Среди доношенных с затяжным течением желтушного синдрома по 40,0% составили младенцы с внутриутробной инфекцией, протекавшей на фоне гипоксического поражения центральной нервной системы, и дети с перинатальным поражением головного мозга, в 6,2% случаев отмечены кефалогематомы, 18,7% новорожденных были маловесными к сроку гестации и с энцефалопатией новорожденного. В группе недоношенных у 83,3% детей диагностирована внутриутробная инфекция в сочетании с гипоксическим поражением центральной нервной системы, у 16,7% – задержка внутриутробного развития, ассиметричный вариант. Повышенный уровень прямого билирубина был выявлен у 11,4% новорожденных. Его повышение наблюдалось у детей, которые имели повышенный уровень общего билирубина, но с преобладанием непрямой фракции. Эта ситуация расценена, как синдром холестаза. У 3,0% новорожденных зафиксирован повышенный уровень аминотрансфераз. Показатели аланиновой аминотрансферазы (АлАТ) колебались от 60 до 160 Ед/л, аспарагиновой (АсАТ) – от 80 до 185 Ед/л, что возможно в результате токсического действия на гепатоциты высоких цифр непрямого билирубина,

гипоксии в ante- и интранатальном периодах и наличии инфекционного фактора. На основании имеющихся данных обследования новорожденных исключены патологические формы желтух.

Выводы:

1. Желтушный синдром у новорожденных детей с врожденной инфекцией встречается в 30,0% случаев.

2. Наличие у 31,1% доношенных и 35,6% недоношенных младенцев цифр билирубина, значительно превышающих предельно допустимые значения, требует более детального его мониторинга и своевременного лечения для предупреждения токсического действия на организм ребенка.

3. У каждого пятого новорожденного ребенка желтуха имеет пролонгированное течение, возможной причиной является перенесенная гипоксия в ante- и интранатальном периодах (97,8%), из них в 40,0% случаев в сочетании с врожденной инфекцией у доношенных, у недоношенных – сочетание инфекции с перенесенной гипоксией (83,3%).

Список литературы:

1. Хазанов, А.И. Клиническая неонатология / А.И. Хазанов. – СПб: Гиппократ, 2009. – 424 с.

2. Анастасевич, Л.А. Желтухи у новорожденных / Л.А. Анастасевич, Л.В. Симонова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – № 10. – С. 66-72.

3. Clinical management of newborn infants with indirect hyperbilirubinemia / N. Volodin [et al.] // DoktorRu (in Russian). – 2009. – Vol. 1. – P. 35-44.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ.

*Янковская Н.И., Дожина Н.Н., Барановская И.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

Введение. Современная интенсивная помощь новорожденным невозможна без применения антибактериальных препаратов, так как инфекционные заболевания различной этиологии (бактериальной, вирусной, грибковой и смешанной) занимают одно из ведущих мест в структуре патологии неонатального периода. У каждого третьего новорожденного младенца такое заболевание порой заканчивается летально [1].

Причиной частых инфекционно-воспалительных заболеваний у младенцев является наличие и рост у беременных женщин соматической патологии, в том числе, и инфекционной, как острой, так и хронической. Благоприятными факторами для реализации инфекций перинатального периода и их тяжелого течения является фон, на котором они протекают, в частности тяжелые поражения центральной нервной системы, недоношенность, задержка внутриутробного развития и другие факторы. Такая злободневная проблема инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных детей требует дифференцированного подхода к их профилактике и лечению [1, 2].

Особое место в комплексной терапии бактериальных инфекций занимает