

УДК 616.36-008.5-053.2

НЕОНАТАЛЬНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЖЕЛТУХИ

С.Дж. Боконбаева, С.В. Зейвальд

Несмотря на всестороннюю изученность гипербилирубинемии, возникающей в период новорожденности, эта проблема остается актуальной и является ведущей патологией в структуре заболеваемости перинатального периода. В Кыргызстане данный показатель также год от года не снижается, поэтому исследование данной проблемы является важным шагом для практического здравоохранения. В статье отражено обследование 251 новорожденного с проявлениями патологической желтухи неонатального периода, которые поступили в отделение неотложной неонатологии Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Бишкека. Для их обследования были использованы анамнестические данные, объективное и лабораторно-инструментальное обследование. Впервые выявлено, что высокий процент новорожденных обращается после 20-го дня жизни, в клинической картине преобладает иктеричность кожных покровов IV зоны шкалы Крамера, а также имеют место выраженные нарушения в неврологическом статусе, что указывает на тяжелое течение неонатальной желтухи и позднюю обращаемость. Поэтому оценка ранговой значимости всех факторов риска и клинических проявлений очень важна для раннего выявления и предупреждения развития патологической гипербилирубинемии.

Ключевые слова: желтуха; новорождённый; патологическая гипербилирубинемия.

ЫМЫРКАЙЛАРДЫН ПАТОЛОГИЯЛЫК САРЫК ООРУСУ

Жаңы төрөлгөн мезгилде келип чыккан гипербилирубинемиянын ар тараптан изилденгендигине карабастан, бүгүнкү күндө бул проблема актуалдуу бойдон калууда жана перинаталдык мезгилдеги оорулардын түзүмүндө негизги патология болуп эсептелет. Кыргызстанда да бул көрсөткүч жылдан жылга төмөндөбөй келет, ошондуктан бул маселени изилдөө практикалык саламаттык сактоо үчүн маанилүү кадам болуп эсептелет. Бул макалада Бишкек шаарындагы Шаардык медициналык тез жардам балдар клиникалык ооруканасынын кечиктирилгис неонатология бөлүмүнө келип түшкөн, жаңы төрөлгөн мезгилде патологиялык сарык оорусу менен ооруган 251 жаңы төрөлгөн ымыркайга изилдөө жүргүзүү чагылдырылган. Аларды изилдөө үчүн анамнестикалык маалыматтар, объективдүү жана лабораториялык-аспаптык изилдөөлөр пайдаланылды. Биринчи жолу жаңы төрөлгөн ымыркайлардын жашоосунун 20-күнүнөн кийин кайрылууларынын пайыздык көрсөткүчү жогору экендиги аныкталды, клиникалык жактан теридеги билирубиндин жогорку концентрациясы Крамердин шкаласы боюнча IV зона көп учурайт, ошондой эле ачык байкалган неврологиялык бузулуулар бар, мунун өзү ымыркайлардын сарык оорусунун оор өтүшү жана кеч кайрылууну көрсөтүп турат. Ошондуктан бардык тобокелдик факторлордун маанилүүлүгүн баалоо жана клиникалык көрүнүштөр патологиялык сарык оорусунун өрчүшүн аныктоо жана аны алдын алуу үчүн өтө маанилүү.

Түйүндүү сөздөр: сарык оорусу; жаңы төрөлгөн ымыркай; патологиялык сарык оорусу.

NEONATAL PATHOLOGIC JAUNDICE

S. Dzh. Bokonbaeva, S. V. Zeivald

Despite the comprehensive study of hyperbilirubinemia, which arises in the neonatal period, according to various foreign authors, this problem remains relevant and is the leading pathology in the structure of the incidence in the perinatal period. In Kyrgyzstan, this indicator also does not decrease from year to year; therefore, the study of this problem is an important step for practical health care. The article reflects the examination of 251 newborns with manifestations of pathological jaundice in the neonatal period, which were admitted to the emergency neonatology department in Children's Clinical Emergency Hospital, Bishkek City. For their examination were used anamnestic data, objective, laboratory and instrumental examination. For the first time it was revealed that a high percentage of newborns are appealing after 20 days of life, in their clinical picture prevails the ictericity of the skin of the fourth zone of the Cramer's scale, and there are marked disorders in neurological status, indicating a severe course of neonatal jaundice and late appealability. Therefore, the assessment of the rank significance of all risk factors and clinical manifestations is very important for the early detection and prevention of the pathological hyperbilirubinemia development.

Keywords: jaundice; infant; pathological hyperbilirubinemia.

Актуальность. По данным РМИЦ, в Кыргызской Республике с 2012 по 2017 г. на первое место по детской заболеваемости и смертности выходит перинатальная патология, составляя около 60 % на территории всей республики, и 40 % – в городе Бишкеке. Лидирующую позицию при этом занимают патологические желтухи новорождённых. Актуальность их исследования обусловлена ростом заболеваемости, ранней выпиской детей из роддомов и запоздалой диагностикой на уровне первичного звена здравоохранения. Зачастую многие дети поступают в стационар с признаками тяжёлой гипербилирубинемии, или с другими жалобами, и желтуха в таком случае выявляется впервые.

Генез гипербилирубинемий различен (Шабалов, Баранов, Боконбаева, Ким). По общепризнанной этиопатогенетической классификации желтуха может быть: гемолитической (из за несовместимости по Rh-фактору и системе ABO крови матери и плода, врожденная патология кровеносной системы, рассасывание различных кровоизлияний и др.), конъюгационной (генетические патологии, возникающие вследствие нехватки ферментов, конъюгирующих билирубин – болезнь Жильбера, Криглера – Наджара, синдром Дубина – Джонсона, гипотиреоз, инфекционные гепатиты и др.), обструктивной (связанные с поражением желчевыводящих путей, вследствие чего затрудняется экскреция билирубина) и желтухи смешанной этиологии с преобладанием одного из компонентов (внутриутробные инфекции, септические состояния, неонатальная желтуха недоношенных) [1–3]. Различные авторы в своих публикациях неоднозначно описывают срок затяжной гипербилирубинемии, но, в соответствии с клиническим протоколом по неонатологии КР, затяжной желтухой мы называем гипербилирубинемия, сохраняющуюся более двух недель у доношенных и более трех недель – у недоношенных [4]. По данным современных исследований, доминирующими риск-факторами в пролонгировании неонатальных желтух являются отягощенный акушерский анамнез, изменение щитовидной железы диффузного характера у матери, урогенитальные инфекции во время беременности, интервал между родами менее двух лет [5–7].

Целью данного исследования является проведение ретроспективного анализа этиологии, риск-факторов и основных клинических проявлений патологических желтух на современном этапе.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи в отделении патологии новорождённых. Критерием отбора больных служила гипербилирубинемия и её проявление в виде желтухи. С проявлениями гиперби-

лирубинемии обратились 251 новорождённый, что составило 24 % от всех поступивших младенцев. В исследуемую группу входили как доношенные (64,1 %), так и недоношенные (35,9 %) дети. Обследование состояло из сбора анамнестических данных, клинической картины, инструментальной диагностики с помощью транскутальной билирубинометрии и проведения ультразвуковой диагностики брюшной полости, а также лабораторных показателей, которые включали интерпретацию показателей периферической крови (количество гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитов), биохимический анализ крови, где необходимо определить уровень билирубина и его прямой и непрямой фракций, печеночных ферментов АлАТ, АсАТ. Внутриутробные инфекции обследовались с помощью метода ИФА с определением уровня антител к вирусу простого герпеса, цитомегаловирусной инфекции, хламидии и микоплазмы.

Все данные, полученные в ходе исследования, были статистически обработаны с помощью прикладного пакета SPSS 16.0. Достоверными результаты считаются при показателе $p < 0,05$.

Результаты исследования. По данным отчетов отделения патологии новорожденных ГДКБ СМП г. Бишкека, по частоте обращаемости детей частота гипербилирубинемий конъюгационного генеза возросла более чем в 4 раза (рисунок 1). Это связано с новыми критериями постановки диагноза в соответствии с пересмотренными клиническими протоколами, так как до 2017 г. все желтухи у новорождённых проходили под диагнозом “Неонатальная желтуха” без дифференцировки по генезу заболевания.

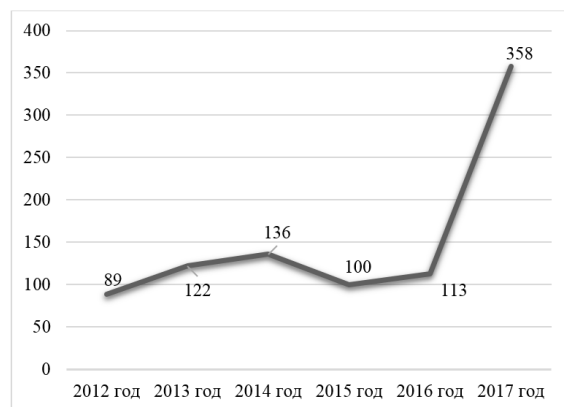


Рисунок 1 – Сравнительные данные по конъюгационным желтухам за 6 лет

При анализе данных нашего исследования, в структуре желтух новорождённых лидирующее место занимают желтухи смешанного генеза,

которые зачастую ассоциируются с ВУИ (наиболее часто смешанная инфекция: ЦМВ + ВПГ 60,5 %, затем ЦМВ – 16,1 %, герпес – 10 %, микоплазма – 3,5 %, хламидии – 4,7 %, неуточненные инфекции – 4,9 %). Конъюгационные желтухи находятся на следующей позиции (19 %) по частоте встречаемости, и самый меньший процент составляют гемолитические желтухи, развивающиеся вследствие ВЧК (6 %), рассасывания кефалогематом (3 %), гемолитической болезни новорождённых (2 %), и редко встречающиеся обструктивные желтухи, к которым относится атрезия желчевыводящих путей (1 %) (рисунок 2).

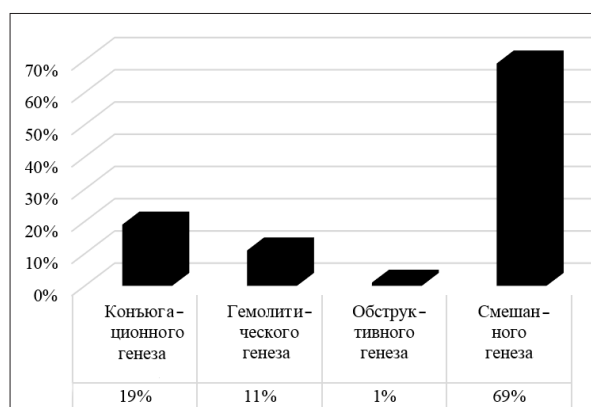


Рисунок 2 – Структура желтух новорождённых

Из всех поступивших детей недоношенных новорождённых (35,9 %, $p < 0,001$) было меньше, чем доношенных (64,1 %). В общем количестве преобладали мальчики (62,5 %, $p < 0,001$). 60 % новорождённых поступило в возрасте до 20 дней и 40 % – после 20 дней жизни. Все поступившие дети находились исключительно на грудном вскармливании согласно рекомендациям ВОЗ. При проведении анализа паритета родов выявлено, что среди женщин преобладают первородящие (55,7 %, $p < 0,01$), но незначительно, так как процент повторнородящих тоже достаточно высок (44,2 %). Достоверно подтверждено, что течение беременности осложнялось в большем проценте случаев гестозами (27 %, $p < 0,01$), анемией различной степени тяжести (23 %, $p < 0,01$), угрозами прерывания беременности преимущественно на раннем сроке (19 %, $p < 0,01$), преэклампсией (19 %, $p < 0,05$), большинство случаев которой заканчивались ранними родами, ОРВИ в первые месяцы беременности (14 %, $p < 0,05$) (рисунок 3).

Клиническая оценка иктеричности кожных покровов и склер проводилась по модифицированной шкале Крамера: I зона – 1,9 % (5),

II зона – 1,1 % (3), III зона – 38,6 % (97), IV зона – 39,4 % (99), V зона – 18,7 % (47), что является показателем повышения уровня билирубина выше 250 мкмоль/л и подтверждалось анализом крови, где показатель общего билирубина составлял $292,73 \pm 21,15$ мкмоль/л, преимущественно за счет повышения непрямой фракции билирубина $255,45 \pm 5,85$ мкмоль/л и соответствовал показателям билитеста. При обследовании новорождённых 47,4 % детей неврологический статус не имел никаких особенностей и соответствовал возрасту, однако у 52,5 %; $p < 0,001$ присутствовали нарушения в виде снижения объема активных движений (52,5 %; $p < 0,001$), слабости при сосании груди матери (21,5 %; $p < 0,01$), гипотонии (52,5 %; $p < 0,001$), быстрого истощения физиологических рефлексов (45,2 %; $p < 0,01$).

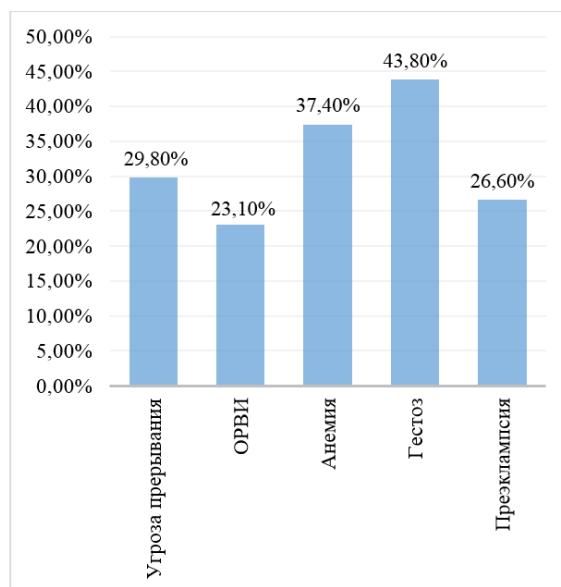


Рисунок 3 – Патология течения беременности

Выводы

1. Развитие неонатальных желтух наиболее часто наблюдается у матерей с проявлениями гестоза (27 %, $p < 0,01$) и анемией различной степени тяжести (23 %, $p < 0,01$).
2. В клинической картине неонатальных желтух у доминирующего числа новорождённых иктеричность кожных покровов соответствовала IV зоне по шкале Крамера (что говорит о повышении уровня билирубина до 250 мкмоль/л).
3. Высокий процент новорождённых (52,5 %; $p < 0,001$) имеет нарушения в неврологиче-

ском статусе, что указывает на позднюю обращаемость и тяжелое течение заболевания.

4. В 69 % у новорожденных при обследовании выявляются внутриутробные инфекции, большинство случаев которых представляет сочетание ВПГ + ЦМВ (60,5 %; $p < 0,001$), что является показателем недостаточного качества планирования беременности.

Таким образом, на сегодняшний день остается актуальным вопрос о планировании беременности, дальнейшего исследования риск-факторов и их влияние на развитие и клиническое течение неонатальных желтух, а также повышение квалификации медицинских работников родильных домов на тему раннего выявления неонатальных желтух и введение исследования транскутальной билирубинометрии на поликлиническом этапе.

Литература

1. Боконбаева С.Дж. Экопатология детей Кыргызстана / С.Дж. Боконбаева. Бишкек, 2008. С. 214.
2. Шабалов Н.П. Неонатология: учебное пособие: в 2 т. / Н.П. Шабалов. 5-е изд., испр. и доп. М.: МЕДпресс-информ, 2009. Т. II. С. 133–195.
3. Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of gestation: An update with clarification / M. Jeffrey Maisels, Vinod K. Bhutani, Debra Bogen, Thomas B. Newman, Ann R. AAP // Pediatrics 2009; 124; 1193.
4. Сборник клинических протоколов по неонатологии. Выпуск № 2. Бишкек: UNICEF, 2016. С. 114.
5. Амзаракова Т.Ф. Выявление факторов риска затяжного течения неонатальных желтух / Т.Ф. Амзаракова, А.К. Душина // В мире научных открытий. Абакан, 2010. № 4 (10). С. 95–98.
6. Каганова Т.И. Этиопатогенетические механизмы возникновения затяжной неонатальной желтухи. Прогнозирование и дифференцированная тактика ведения детей с гипербилирубинемией / Т.И. Каганова, А.А. Логинова // Вопросы современной педиатрии. Самара, 2011. № 11 (5). С. 29–35.
7. Шакирова Э.М. Структура отсроченных пролонгированных желтух новорожденных и тактика их лечения / Э.М. Шакирова, Л.З. Сафина, Л.З. Шакирова и др. // Практическая медицина. Казань, 2012. № 7 (62). С. 97–100.