

УДК 616.36-008.5-053.3-036-037

КУРЫШЕВА О. А.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ

РЕФЕРАТ. Цель. Изучить влияние неблагоприятных перинатальных факторов на течение неонатальной желтухи.

Материалы и методы. Обследовано 126 детей в возрасте от 14 дней до 2 месяцев с диагнозом Пролонгированная неонатальная желтуха. Основную группу составили 72 ребенка, у которых по данным акушерско-гинекологического анамнеза были выявлены неблагоприятные перинатальные факторы. Группу сравнения составили 54 ребенка, матери которых по данным анамнеза были относительно здоровы. Всем пациентам проведено общеклиническое и лабораторно-инструментальное обследование, нейросонографическое исследование, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Результаты. У всех детей основной группы выявлена патологическая неврологическая симптоматика. По данным нейросонографического исследования признаки гипоксически-ишемического, гипоксически-геморрагического поражения ЦНС выявлены у 82,7 % пациентов основной группы. При биохимическом исследовании отмечался цитолитический синдром.

Выводы. Все дети, реализовавшие пролонгированную неонатальную желтуху в результате воздействия неблагоприятных перинатальных факторов, испытали хроническую или сочетанную гипоксию. Учитывая перечисленные факторы, можно прогнозировать и предупреждать формирование затяжных вариантов течения гипербилирубинемий новорожденных.

Ключевые слова: желтуха, новорожденный, гипоксия, билирубин.

Желтуха новорожденных остается одной из ведущих причин обращения родителей ребенка за консультативной помощью к педиатру. Более того, в последние годы ее частота значительно возросла [1, 2]. Согласно данным литературы [3, 4], неонатальная желтуха выявляется у 50–60 % доношенных и у 70–90 % недоношенных детей. В формировании неонатальных желтух отмечено влияние различных этиологических факторов, обусловленных особенностями периода новорожденности, состоянием здоровья матери, течением всего периода беременности [5]. В настоящее время проблема желтухи у новорожденных приобретает новую актуальность в связи с наблюдающимся патоморфозом перинатальной патологии [2, 4].

Длительное повышение концентрации непрямого билирубина в крови ток-

сически воздействует на организм. Особой чувствительностью обладают подкорковые ядра нервной системы [4]. Вследствие этого все большую роль в неврологической патологии приобретают гипербилирубинемии, причем, значение имеет не столько уровень непрямого билирубина, сколько продолжительность желтушного синдрома.

Цель исследования. Изучить влияние неблагоприятных перинатальных факторов на течение неонатальной желтухи.

Материалы и методы

Обследовано 126 детей в возрасте от 14 дней до 2 месяцев, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении ГБУ «ГДКБ № 1 г. Донецка», с диагнозом Пролонгированная неонатальная желтуха. Из них было 74

(58,7 %) мальчика и 52 (41,3 %) девочки. Основную группу составили 72 ребенка, у которых по данным акушерско-гинекологического анамнеза были выявлены неблагоприятные перинатальные факторы. Группу сравнения составили 54 ребенка, матери которых по данным анамнеза были относительно здоровы.

Исследование отвечало всем этическим требованиям, предъявляемым к научным работам, и проводилось с разрешения этического комитета ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО. Обследование детей проводилось после получения информированного согласия на участие в нем у родителей (законных представителей ребенка) в письменном виде.

Критериями включения пациентов в исследование были:

- соответствие физического развития детей срокам гестации;
- отсутствие врожденной патологии пищеварительной системы;
- отсутствие гемолитической болезни новорожденных;
- отсутствие недоношенности;
- отсутствие инфекционных поражений печени;
- отсутствие персистирующей внутриклеточной инфекции и тяжелых сопутствующих заболеваний.

Всем пациентам проведено общеклиническое и лабораторно-инструментальное обследование: клинический и биохимический анализы крови (определение уровней фракций билирубина, трансаминаз, тимоловой пробы, холестерина, общего белка, глюкозы), нейросонографическое исследование (НСГ), ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП).

Для статистического анализа данных использовался табличный редактор Excel 7.0, а также были применены пакеты программ «Statistica 7.0» и «Biostat».

Результаты исследования

При сборе анамнеза установлено, что в основной группе угроза прерывания беременности встречалась у 33 (45,8 %)

будущих матерей, фетоплацентарная недостаточность – у 26 (36,1 %), преэклампсия различной степени тяжести – у 24 (33,3 %).

Экстрагенитальная патология беременных (заболевания мочевыводящих путей, гестационный сахарный диабет, ожирение, варикозная болезнь вен нижних конечностей, острые респираторные вирусные заболевания) выявлена у 23 (31,9 %) женщин, заболевания половых органов (кольпит, бактериальный вагинит, молочница) – у 20 (27,8 %), анемия беременных – у 17 (23,6 %), хроническая никотиновая интоксикация – у 16 (22,2 %).

Родоразрешение путем кесарева сечения было проведено 17 (23,6 %) женщинам. Слабость родовой деятельности с дальнейшей родостимуляцией регистрировалась в 25,0 % случаев.

Интранатальная гипоксия плода зафиксирована у 15 (20,8 %) новорожденных. В 6 (8,4 %) случаях отмечался длительный безводный период.

В группе сравнения у всех матерей отмечалось относительно благоприятное течение беременности и родов. Экстрагенитальная патология регистрировалась у 7 (12,9 %, $p < 0,05$), воспалительные заболевания половых органов – у 5 (9,2 % $p < 0,05$), анемия беременных – у 3 (5,6 % $p < 0,05$) будущих матерей. Родоразрешение путем плановой операции кесарева сечения было проведено 6 (11,1 % $p < 0,05$) женщинам.

В основной группе 22 (30,6 %) ребенка родились с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, 33 (45,8 %) ребенка – 7/8 баллов и 17 детей (23,6 %) – 6/7 баллов. В группе сравнения все дети родились с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов ($p < 0,05$).

Достоверных различий в сроках появления желтухи между группами нами отмечено не было. В обеих группах желтушное окрашивание кожных покровов появилось на 2–3 сутки жизни ребенка.

У всех детей основной группы была обнаружена патологическая неврологическая симптоматика. Так, у 34 (47,2 %) детей рефлексы периода новорожденности

вызывались после латентной паузы, у 29 (40,3 %) – угасание рефлексов, тремор подбородка и конечностей при крике, у 48 (66,7 %) – вздрагивания, спонтанный рефлекс Моро – у 31 (43,1 %), голова в положении на боку с тенденцией к запрокидыванию – у 15 (22,2 %).

В группе сравнения патологическая неврологическая симптоматика регистрировалась статистически значимо реже – у 17 (31,5 %) пациентов ($p < 0,05$). Наиболее часто выявлялись тремор подбородка и конечностей при крике – у 9 (16,7 %) детей, угасание рефлексов периода новорожденности – у 5 (9,3 %).

По данным НСГ признаки гипоксически-ишемического, гипоксически-геморрагического поражения ЦНС статистически значимо чаще выявлялись у детей основной группы – 82,7 % ($p = 0,04$). В их структуре были определены следующие превалирующие клинические синдромы: синдром двигательных нарушений, гипертензионный синдром, синдром вегетовисцеральных дисфункций.

Необходимо отметить, что у пациентов основной группы данные поражения носили более выраженный характер относительно детей группы сравнения.

В группе сравнения изменения на НСГ, свидетельствующие о гипоксически-ишемическом, а также гипоксически-геморрагическом поражении ЦНС, регистрировались у 13 (24,1 %) детей.

При биохимическом исследовании крови у всех детей обеих групп выявлено повышение уровня общего билирубина сыворотки крови за счет непрямой фракции. Однако максимальные показатели общего билирубина у детей основной группы были статистически значимо выше ($268,0 \pm 5,4$ мкмоль/л) относительно детей группы сравнения ($128,0 \pm 2,4$ мкмоль/л, $p < 0,001$).

И если у подавляющего большинства детей основной группы было выявлено повышение уровня аминотрансфераз – аланинаминотрансферазы у 45 (62,5 %) детей, аспартатаминотрансферазы у 39 (54,2 %), а у каждого второго пациента

(34 (47,2 %)) – щелочной фосфатазы, то в группе сравнения повышение уровня трансаминаз регистрировалось лишь у 5 (9,3 %) детей (аспартатаминотрансферазы) при нормальных показателях щелочной фосфатазы у всех пациентов.

Цитолитический синдром с увеличением активности ферментов в 1,5–2 раза может быть следствием гипоксического повреждения мембран гепатоцитов. Незначительное повышение уровня аспартатаминотрансферазы может быть также обусловлено тем, что данный показатель присутствует не только в печени, но и в сердечной мышце, скелетных мышцах, почках, головном мозге, поджелудочной железе, легких, лейкоцитах, эритроцитах и является отражением общегипоксического воздействия на органы и системы организма ребенка в целом.

Выводы

Все дети, реализовавшие пролонгированную неонатальную желтуху в результате воздействия неблагоприятных перинатальных факторов, испытали хроническую или сочетанную гипоксию.

Вероятно, определенный вклад в формирование затяжного варианта течения неонатальной гипербилирубинемии также вносят вегетативные нарушения, обусловленные перинатальным гипоксическим поражением головного мозга. Пролонгированное течение неонатальной желтухи протекало на фоне синдрома цитолиза – результата гипоксического повреждения печени у этих детей.

Учитывая перечисленные факторы, можно прогнозировать и предупреждать формирование затяжных вариантов течения гипербилирубинемий новорожденных.

Список литературы

1. Соболева, Н.А. Комплексная терапия неонатальной желтухи / Н.А. Соболева, О.В. Первишко // *Врач.* – 2014. – № 7. – С. 42–43.
2. Горайнова, А.Н. Желтухи здорового новорожденного: причины, течение, прогноз / А.Н. Горайнова, М.А. Аницупова, И.Н. Захаро-

ва // Медицинский совет. – 2017. – № 19. – С. 120–125.

3. Этиологическая структура затяжных желтух у детей раннего возраста / О.В. Первишко [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 6 (135). – С. 30–32.

4. Структура отсроченных пролонгированных желтух новорожденных и тактика их

лечения / Э.М. Шакирова [и др.] // Практическая медицина. – 2012. – № 7 (62). – С. 97–100.

5. К проблеме пролонгированных неонатальных желтух / Н.С. Божбанабаева [и др.] // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2015. – № 2 (46). – С. 32–35.

01.03.2021

KURYSHEVA O. A.

STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION
«M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»

PERINATAL RISK FACTORS OF DEVELOPMENT OF PROLONGED COURSE OF JAUNDICE OF NEWBORN

SUMMARY. Objective. To study the influence of unfavorable perinatal factors on the course of neonatal jaundice.

Materials and methods. There were examined of 126 children aged from 14 days to 2 months with neonatal jaundice. The basic group consisted of 72 children, who, according to the obstetric and gynecological history, revealed unfavorable perinatal factors. The experimental group consisted of 54 children, whose mothers, according to their medical history, were relatively healthy. The general clinical and laboratory-instrumental examination: clinical and biochemical blood tests, neurosonographic examination of the brain, ultrasound examination of the abdominal organs were underwent in all patients.

Results. The pathological neurological symptoms in all patients of basic group were detected. According to neurosonographic studies, signs of hypoxic-ischemic, hypoxic-hemorrhagic lesions of the central nervous system were observed in 82,7% of children in the basic group. Biochemical examination revealed cytolytic syndrome.

Conclusions. All children who underwent prolonged neonatal jaundice as a result of exposure to unfavorable perinatal factors experienced chronic or combined hypoxia. Considering the above factors, it is possible to predict and prevent the formation of protracted variants of the course of hyperbilirubinemia in newborns.

Key words: jaundice, newborn, hypoxia, bilirubin.