

О.В. Тяжка, Я.М. Загородня

Особливості анамнезу та клініко-лабораторних даних у дітей з пролонгованою жовтяницею

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.8(72):78-81; doi10.15574/SP.2015.72.78

Мета: проаналізувати етіологічні чинники, клінічний перебіг пролонгованої кон'югаційної жовтяниці (ПКЖ) та супутню патологію у дітей раннього віку з метою удосконалення діагностики, лікування та профілактики.

Матеріали і методи. Під клінічним спостереженням знаходились 37 дітей віком від 3 тижнів до 2 місяців, які мали затяжну кон'югаційну жовтяницю. Вивчалися клініко-анамнестичні дані новонароджених та матерів, фізичний розвиток дітей, функціональний стан організму. Проводились комплексні дослідження, що включали загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові (білірубін загальний та фракції), загальний аналіз сечі, копрограму, аналіз калу на дисбактеріоз; інструментальні методи дослідження (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, ЕКГ, нейросонографія).

Результати. Найбільш вагомими факторами, які сприяють розвитку та пролонгації перебігу жовтяниці у неонатальний період, є загроза переривання вагітності та загроза передчасних пологів у дітей, народжених від I вагітності та I пологів. Більшість пологів у матерів дітей з пролонгованою жовтяницею є ускладненими (кесарів розтин, слабкість пологової діяльності, стрімкі пологи, передчасне вилиття навколоплідних вод). Найчастішою супутньою патологією у дітей з ПЖК є гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи, синдром гіпотонії, кефалогематома, дисбактеріоз кишечника та анемії легкого ступеня.

Висновки. Враховуючи особливості перебігу вагітності та пологів у кожному конкретному випадку, можливо передбачувати імовірність розвитку пролонгованої жовтяниці та своєчасно проводити необхідне обстеження і лікування.

Ключові слова: неонатальна затяжна жовтяниця, супутня патологія, діти раннього віку.

Вступ

Неонатальна жовтяниця (фізіологічна, кон'югаційна, транзиторна) — поява видимого жовтого забарвлення шкіри, склер та/або слизових оболонок у дитини внаслідок підвищення рівня білірубину в крові — виникає у новонароджених у ранній неонатальний період. Неонатальна жовтяниця розвивається у 50–60% доношених новонароджених і у 70–90% недоношених дітей. На сьогодні спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей з неонатальною жовтяницею. У світовій медицині залишається актуальним питання щодо чинників розвитку та уточнення ризиків для здоров'я дітей, у яких спостерігається затяжна жовтяниця. На сьогодні відомо, що основними факторами ризику при цьому є патологічна втрата маси тіла більше 10% після народження, часті зригування та блювання, дисбіоз кишечника. Діти, народжені з різноманітною перинатальною патологією, такою як асфіксія в пологах, крововиливи в головний мозок та кефалогематоми, внутрішньоутробні інфекції, недоношеність, затримка внутрішньоутробного розвитку, схильні до розвитку пролонгованої кон'югаційної жовтяниці (ПКЖ) у результаті зниження функціональної активності гепатоцитів та гепатотоксичної дії інтенсивної терапії. Недоношені, діти із затримкою внутрішньоутробного розвитку, крім незрілості ферментативної системи печінки, мають анатомічну незрілість екскреторної системи, що створює додаткові умови для порушення екскреторної функції гепатобіліарної системи та розвитку транзиторного холестазу. Виразну тривалу жовтяницю, як правило, мають діти з діабетичною фетопатією, що пояснюють незрілістю кон'югаційної системи печінки та порушенням метаболізму вуглеводів. Доведено, що недоношені новонароджені та діти із перинатальним ураженням центральної нервової системи найбільш чутливі до нейротоксичної дії непрямого білірубину. Для таких дітей небезпечним може бути навіть невисокий рівень білірубину, який чинить негативний вплив на нер-

вову систему, тканини печінки та наднирникових залоз. Гематоенцефалічний бар'єр вибірково затримує білірубін до певного рівня, а підвищена його концентрація спричинює токсичне ураження нервових клітин головного мозку. Відомо, що токсичне ураження клітин головного мозку відбувається при підвищенні рівня непрямого білірубину в сироватці крові вище 342 мкмоль/л у доношених новонароджених, вище 220–270 мкмоль/л у недоношених та від 170–205 мкмоль/л у глибоконедоношених новонароджених. Розвиток ядерної жовтяниці залежить не тільки від рівня білірубину у сироватці крові, але й від тривалості його впливу на клітини мозку та супутньої патології, яка обумовлює важкість стану дитини.

Важливими факторами ризику розвитку затяжної кон'югаційної жовтяниці у новонароджених є наявність соматичної та інфекційної патології матері під час вагітності, такої як анемії різного ступеню важкості, цукровий діабет, носійство TORCH-інфекції, гіпертонічна хвороба, аутоімунний тиреоїдит, вегетативна дисфункція. Встановлено також, що більш затяжному перебігу кон'югаційної жовтяниці сприяє акушерська патологія, така як стрімкі пологи, кесарів розтин, обвиття пуповиною, слабкість пологової діяльності, передчасне вилиття навколоплідних вод.

Мета дослідження: проаналізувати етіологічні чинники, клінічний перебіг ПКЖ та супутню патологію у дітей раннього віку з метою удосконалення діагностики, лікування та профілактики.

Матеріал і методи дослідження

Було проведено клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 37 дітей віком від 3 тижнів до 2 місяців, які мали затяжну кон'югаційну жовтяницю, без ознак інфекційних хвороб, гемолітичної хвороби, без вроджених аномалій жовчовивідних шляхів, та не мали гіпотиреозу, що знаходились на стаціонарному лікуванні в Дитячій клінічній лікарні №4 м. Києва



Рис.1. Патології, які обтяжували вагітність.

з діагнозом «Кон'югаційна жовтяниця, затяжний перебіг».

Вивчалися клініко-анамнестичні дані новонароджених та матерів, фізичний розвиток дітей, функціональний стан організму. Проводилися комплексні дослідження, що включали загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові (білірубін загальний та фракції), загальний аналіз сечі, копрограму, аналіз калу на дисбактеріоз; інструментальні методи дослідження: ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, ЕКГ, нейросонографія.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними дослідження, усі діти мали затяжний перебіг жовтяниці від 3 тижнів до 2 місяців життя. У всіх дітей жовтяниця з'явилась на 3–4 добу життя. Маса тіла дітей була від 2500 г до 4700 г, середня маса тіла — 3320 грамів. Переважна більшість дітей (34 (91,9%)) знаходилися на грудному вигодовуванні, на штучному — 2 (5,4%) дітей, на змішаному — 1 (2,7%) дитина. Більшість дітей народилися доношеними — 32 (86,5%) дитини, недоношеними були 5 (13,5%) дітей.

Нами досліджувався взаємозв'язок між розвитком ПКЖ та послідовністю вагітності. Найчастіше жовтяниця мала затяжний перебіг у дітей від I вагітності — 18 (48,6%) дітей, від II вагітності — 8 (21,6%), від III вагітності — 5 (13,5%), від IV і більше вагітності — 6 (16,2%). Народжені від I пологів (22 (59,5%) дитини) найчастіше мали прояви ПКЖ, від II пологів — 14 (37,8%), III пологів — 1 (2,7%) дитина; фізіологічні пологи склали 59,5% (22 дитини), шляхом кесаревого розтину народилися 13,51% (5 дітей), передчасні пологи відмічалися у 16,21% (6 дітей) випадків.

У ході аналізу анамнезу породіллі досліджувалися наявність токсикозу вагітності, загрози переривання вагітності, загрози передчасних пологів, носійства TORCH-інфекції, бактеріурії, артеріальної гіпертензії, анемії.

З наведених на рис. 1 даних видно, що найвагомими обтяжуючими факторами розвитку ПКЖ у неонатальний період виявилися загроза переривання вагітності — у 16 (43,2%) породіль та загроза передчасних пологів — у 8

(21,6%) породіль. Жінки з даними патологіями знаходилися на стаціонарному лікуванні та отримували медикаментозну терапію.

Пологи були неускладненими у 17 (45,94%) породіль, решта пологів — 20 (54,05%) — мали такі ускладнення: кесарів розтин, передчасне вилиття навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності, подвійне обвиття пуповиною, стрімкі пологи.

Аналізуючи супутню патологію у дітей з ПКЖ, ми виявили, що гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи було у 10 (27%), гіпотонічний синдром — у 7 (18,9%), кефалогематома, дисбіоз кишечника та анемія легкого ступеня — у 5 (13,5%), алергічний дерматит — у 3 (8,1%), респіраторний дистрес-синдром — у 2 (5,4%), пупкова кіла — у 1 (2,7%) дитини (рис. 2).

На момент госпіталізації провідною скаргою матерів усіх дітей були жовтяниця шкірних покривів та склер. Поява жовтяниці спостерігалась на третю добу життя у 78% дітей, на 4-ту добу — у 22% дітей. Були обстежені в пологовому будинку неінвазивним транскутанним методом за допомогою аналізатора «Білітест» та отримували фототерапію протягом 3–4 днів 28% дітей. Крім жовтяничного синдрому, відмічались наступні скарги: зригування, метеоризм, закрепи, тремор підборіддя, неспокій. Рівень загального білірубіну крові у дітей становив

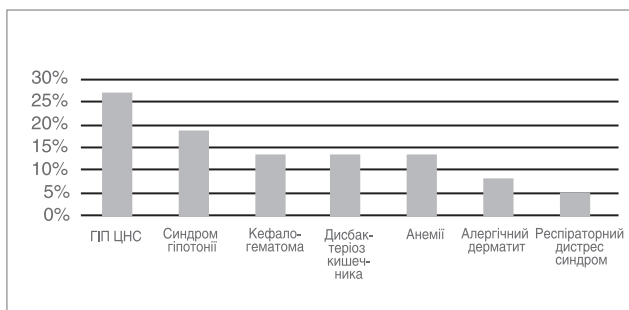


Рис.2. Супутня патологія у дітей з пролонгованою жовтяницею.

від 82 до 297,2 мкмоль/л, середній рівень білірубину склав 163,3 мкмоль/л. Загальний рівень білірубину у 100% дітей підвищувався за рахунок непрямої фракції.

Дітям із затяжним перебігом кон'югаційної жовтяниці призначалось лікування відповідно до протоколу №255 від 27.04.2006 р., основним методом лікування була фототерапія. Для покращення жовчовивідної та кон'югаційної функції печінки призначались гепатопротектори галстена по 1 краплі 3 рази на день та препарати урсодезоксихолевої кислоти (урсофальк) 10 мг/кг 2 рази на день; пробіотики — біогайя або симбітер, курсом три тижні; ентеросорбенти — смекта або ентеросгель курсом один тиждень.

Висновки

Аналіз анамнезу, клінічного перебігу та даних додаткових методів обстеження дітей з ПКЖ дозволяє зробити висновок, що найбільш вагомими факторами, які сприяють розвитку та пролонгації перебігу жовтяниці у неона-

тальний період є, загроза переривання вагітності та загроза передчасних пологів у дітей, народжених від I вагітності та I пологів; ускладнення пологів у матерів (кесарів розтин, слабкість пологової діяльності, стрімкі пологи, передчасне вилиття навколоплідних вод).

Найчастішою супутньою патологією у дітей з пролонгованим перебігом жовтяниці є гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи, синдром гіпотонії, кефалогематома, дисбактеріоз кишечника та анемії легкого ступеня.

Результати дослідження свідчать про необхідність забезпечення індивідуального підходу до лікування кожної дитини, своєчасної корекції патологічних станів, що імовірно сприятиме скороченню тривалості жовтяниці.

Особливості перебігу вагітності та пологів у кожному конкретному випадку дозволяють передбачити імовірний розвиток у дитини пролонгованої жовтяниці, своєчасно проводити обстеження та призначати відповідне комплексне лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бобровицкая А. И. Гипербилирубинемия новорожденных — многофакторный процесс / А. И. Бобровицкая, Л. Х. Глазкова // Здоровье ребенка. — 2011. — № 5 (32). — С. 88—92.
2. Глуховська О. О. Чинники пролонгованого перебігу неонатальних жовтяниць / О. О. Глуховська // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2009. — № 6. — С. 9—11.
3. Горленко О. М. Кон'югаційні жовтяниці новонароджених: клініко-анамнестичний аналіз / О. М. Горленко, А. О. Янковська // Современная педиатрия. — 2009. — № 3(25). — С. 70—72.
4. Питання оптимізації терапії кон'югаційної жовтяниці новонароджених / О. Г. Шадрін, Т. Л. Марушко, Н. М. Басараба, В. О. Шадрін // Перинатология и педиатрия. — 2009. — № 4 (40). — С. 51—53.
5. Про затвердження клінічного протоколу надання неонатологічної допомоги дітям «жовтяниця новонароджених»: наказ МОЗ України № 255 від 27.04.2006 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.
6. Neonatal jaundice, autism and other disorders of psychological development / Rikke Damkjaer Maimburg, Bodil Hammer Bech, Michael Vaeth // Pediatrics. — 2010.
7. Kumar P. Light-emitting diode phototherapy for unconjugated hyperbilirubinaemia in neonates / P. Kumar, D. Chawla, A. Deorari // Cochrane Database Syst Rev. — 2011. — Dec 7.
8. Okwundu C. L. Cochrane Review: Prophylactic phototherapy for preventing jaundice in preterm or low birth weight infants / C. L. Okwundu, C. A. Okoromah, P. S. Shah // Evid Based Child Health. — 2013. — Jan 8 (1).

Особенности анамнеза и клиничко-лабораторных данных у детей с пролонгированной конъюгационной желтухой

А.В. Тяжкая, Я.М. Загородняя

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель: проанализировать этиологические факторы, клиническое течение пролонгированной конъюгационной желтухи (ПКЖ) и сопутствующую патологию у детей раннего возраста с целью усовершенствования диагностики, лечения и профилактики.

Материалы и методы. Под клиническим наблюдением находились 37 детей в возрасте от 3 недель до 2 месяцев с ПКЖ. Изучались клиничко-анамнестические данные новорожденных и матерей, физическое развитие детей, функциональное состояние организма. Проводились комплексные обследования, включавшие общий анализ крови, биохимический анализ крови (билирубин общий и фракции), общий анализ мочи, копрограмму, анализ кала на дисбактериоз; инструментальные методы обследования (ультразвуковое обследование органов брюшной полости, ЭКГ, нейросонография).

Результаты. Наиболее весомыми факторами, которые способствуют развитию и пролонгации течения желтухи в неонатальный период, являются угроза прерывания беременности и угроза преждевременных родов у детей, рожденных от I беременности и I родов. Большинство родов у матерей детей с пролонгированной желтухой осложненные (кесарево сечение, слабость родовой деятельности, стремительные роды, преждевременное излитие околоплодных вод). Самая частая сопутствующая патология у детей с пролонгированным течением желтухи — гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы, синдром гипотонии, кефалогематома, дисбактериоз кишечника и анемии легкой степени.

Выводы. Учитывая особенности течения беременности и родов в каждом конкретном случае, можно прогнозировать вероятность развития пролонгированной желтухи и своевременно проводить необходимое обследование и лечение.

Ключевые слова: неонатальная затяжная желтуха, сопутствующая патология, дети раннего возраста.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.8(72):78-81; doi10.15574/SP.2015.72.78

Features of history and clinical-laboratory data in children with prolonged jaundice conjugation*O.V. Tyazhka, Y.M. Zagorognya*

A.A. Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine

Objective — to study etiological factors, clinical course of prolonged jaundice and comorbidity of young children, to improve diagnosis, treatment and prevention.**Materials and methods.** Under clinical observation were 37 children from 3 weeks to 2 months with prolonged jaundice conjugation. We studied the clinical and medical history of newborns and mothers, children's physical development and functional state of their organism. Complex investigations were conducted, such as a complete blood count, blood biochemical (total bilirubin and fractions), urinalysis, coprogram, fecal bacteria overgrowth. Instrumental methods of examination are ultrasound examination of the abdomen, electrocardiogram, neurosonography.**Results.** The most powerful factors that contribute to the development and extension flow of jaundice in the neonatal period are threatened miscarriage and threat of premature birth in infants born by I of pregnancy and I of childbirth. The majority of births to mothers of children with prolonged jaundice, complications, for example cesarean section, uterine inertia, rapid delivery, premature rupture of membranes. The most common comorbidities in children with prolonged jaundice are a hypoxic-ischemic lesion of the central nervous system syndrome, hypotension, cephalohematoma, intestinal dysbiosis, and mild anemia.**Conclusion.** Given the nature of pregnancy and childbirth, in each case, it is possible to prevent the development of prolonged jaundice in the baby. Timely conduct the necessary examination of the child to prevent the development of jaundice and prescribe a treatment.**Key words:** prolonged neonatal jaundice, comorbidities, young children.**Сведения об авторах:****Тяжкая Александра Васильевна** — д.мед.н., проф., зав. каф. педиатрии №1 НМУ им. А.А. Богомольца.

Адрес: г. Киев, ул. М. Коцюбинского 8-а, Дорожная клиническая больница №1; тел. (044) 465-17-88.

Загородняя Яна Михайловна — аспирант каф. педиатрии №1 НМУ им. А.А. Богомольца.

Адрес: г. Киев, ул. М. Коцюбинского 8-а, Дорожная клиническая больница №1; тел. (044) 465-17-89.

Статья поступила в редакцию 25.11.2015 г.

НОВОСТИ**Вакуумную повязку нового типа можно не менять целый месяц**

Лечение ран отрицательным давлением является давно освоенным методом в хирургии, но «высокотехнологичная» повязка, созданная учеными из США стала настоящим прорывом в терапии таких ран. Накладывать и менять такую повязку может и сам больной.

Обеспечение давления в области раны ниже атмосферного способствует активизации процесса заживления — в том числе и у больных со сниженным иммунитетом (например, при трофических язвах на ногах у больных сахарным диабетом).

Этот эффект достигается благодаря тому, что пониженное давление вокруг раны обеспечивает улучшенное кровоснабжение пораженных тканей.

Существующие системы создания отрицательного давления в области раны требуют использования достаточно громоздких компрессоров, что вынуждает применять их только в условиях стационара. Для управления

такими системами необходим специально подготовленный медицинский персонал.

Замена повязок при использовании таких систем должна проводиться не реже 1 раза в неделю.

Для активации системы после закрепления повязки на ране достаточно несколько раз слегка нажать на корпус миникомпрессора, который входит в комплект. (С компрессором, который по размерам не больше мобильного телефона, повязка соединена тонкой гибкой трубкой).

Благодаря пониженному давлению, все отделяемое из раны (кровь, гной, сукровица и т.п.) эффективно впитывается специальным материалом повязки.

Для поддержания отрицательного давления под герметичной повязкой пациенту достаточно через 3 дня вновь несколько раз нажать крышку компрессора.

Повязку можно не снимать на протяжении 30 суток, после чего она выбрасывается и при необходимости заменяется новой.

Источник: med-expert.com.ua