

© Глазкова Л.Х., Бобровицька А.І., Кучеренко Н.П., 2006
УДК 616.36-008.5-053.31-071.2

Л.Х. Глазкова, А.І. Бобровицька, Н.П. Кучеренко

ВІЗУАЛЬНА ОЦІНКА ЖОВТЯНИЧНОГО СИНДРОМУ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Візуально оцінено жовтяничний синдром у 136 новонароджених. Встановлено, що така оцінка дає ненадійні і неточні результати, навіть з урахуванням зональності жовтяниці. 38,7 % новонароджених були госпіталізовані з приводу зтяжної гіпербілірубінемії.

Фізіологічна – (кон'югаційна, транзиторна) жовтяниця новонароджених є наслідком тимчасового підвищення рівня білірубіну в крові [1, 2]. Для такого підвищення є багато причин, головні з яких – підвищений розпад еритроцитів і функціональна незрілість печінки новонароджених [3]. Гемоглобін, який вивільняється з еритроцитів, що гинуть, перетворюється на білірубін, який ферментативні системи печінкових клітин новонародженого не встигають нейтралізувати, а кишечник – вивести з організму [3, 4]. У результаті цього процесу циркулюючий в крові білірубін накопичується в підшкірно-жировій клітковині новонародженого, забарвлюючи шкіру і слизові оболонки. Жовтяниця шкіри при транзиторній гіпербілірубінемії новонародженого з'являється на 2-3-й день життя – концентрація білірубіну у доношеної дитини становить 51-60 мкмоль/л. Максимальний приріст білірубіну в сироватці крові відбувається на 3-4-у добу життя – рівень білірубіну не більше 171 мкмоль/л, а на 7-10-у добу жовтяничний синдром повинен зникнути [5, 6]. Фізіологічна жовтяниця спостерігається у 60-70 % новонароджених [1, 5].

Метою роботи була оцінка точності виявлення жовтяничного синдрому при клінічному огляді новонароджених в умовах непрямой гіпербілірубінемії і вакцинації проти гепатиту В вакциною «Енджерікс-В».

Матеріали і методи

Під спостереженням перебувало 136 новонароджених від матерів з екстрагенітальною та інфекційно-запальною патологією із синдромом непрямой гіпербілірубінемії, вакцинованих у першу добу життя проти гепатиту В – введенням вакцини «Енджерікс» у дозі 10 мкг за схемою 0, 1 і 6 міс. Для оцінки фізичного розвитку дітей і перебігу періоду новонародженості враховували основні показники, що характеризували адаптаційні можливості

новонароджених в ранньому неонатальному періоді: масу при народженні, фізіологічний спад маси тіла, особливості фізіологічної жовтяниці, а також оцінювали точність виявлення жовтяниці при клінічному огляді порівняно з визначенням біохімічних показників крові – загального білірубіну та його фракцій.

Результати досліджень та їх обговорення

Серед спостережуваних новонароджених від першої вагітності народилося 86 (63,2 %) дітей, від другої – 23 (16,9 %), третьої – 13 (9,6 %), четвертої – 10 (7,4 %) і п'ятої – 4 (2,9 %). Обтяжений акушерський і гінекологічний анамнез мали 68 (85,0 %) жінок: попередні вагітності закінчувалися медичними абортами (38,7 %), самовільними викиднями (2,4 %). Хронічні вогнища інфекції у вигляді кольпіту спостерігалися у 26,2 % жінок, пієлонефриту – у 23,7 %, аднекситу – у 5,0 %. Перинатальний та інтранатальний періоди характеризувалися наявністю несприятливих факторів – анемія (43,7 %), токсикоз першої половини вагітності (13,7 %), загроза зриву (11,2 %), фетоплацентарна недостатність (6,2 %), передчасне вилиття вод (3,7 %), стрімкі пологи (2,5 %), ожиріння (1,2 %). Всі діти народилися доношеними при терміні гестації 40-41 тиж. Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар відповідала 9-10 балам у 17,5 %, 7-8 балам – у 82,5 %. Народилося хлопчиків 76,2 %, дівчаток 23,8 %. Маса тіла при народженні становила у хлопчиків (3335,0±63,5), у дівчаток – (3108,0±43,5) г. У ранньому неонатальному періоді у 52,3 % новонароджених відзначено локалізовану інфекцію – попрілості I і II ступеня (28,8 %), гнійний кон'юнктивіт (18,7 %), омфаліт (7,5 %), дакріоцистит (6,2 %), а також були виявлені симптоми перинатального ураження ЦНС із синдромом гіперзбудливості (16,2 %) і пригнічення (10,2 %), вроджені вади (8,7 %), морфо-функціональна незрілість (2,5 %). Інші новонароджені (47,7 %) оцінені як загрозові щодо розвитку інфекційно-запального процесу, хоча діти були визнані здоровими, тобто вони мали стан інфекційності.

Шкірні покриви і склери оглядали з моменту народження і до виписки дітей з пологового відділення. Візуально на 2-й день життя було виявлено жовтяни-

цю склер у 21,2 % новонароджених, на 3-й день – іктеричність склер і шкірних покривів на рівні соскової лінії у 87,5 %, на 5-й день іктеричність склер і шкірних покривів виявлялася у всіх дітей. Максимального розвитку жовтяниці досягала на (5,1±0,8)-й день і візуально не виявлялася на (13,2±1,9)-й. Загальний стан новонароджених характеризувався наявністю млявості, відрижки і фізіологічним спадом маси тіла на (232,5±46,3) г. Ознаки гемолізу еритроцитів у всіх дітей були відсутні. Вміст еритроцитів у кров'яному руслі в першу добу життя склав (5,53±0,70) Т/л, на момент виписки з пологового відділення – (4,46±0,90) Т/л, тобто кількість еритроцитів у периферичній крові зменшилася на 19,4 % порівняно з початковою. Проведені біохімічні дослідження крові, зокрема, визначення загального білірубину, його фракцій, виявили деякі особливості. Так, вміст загального білірубину на 2-й день життя становив (47,3±3,4) мкмоль/л у 92,5 %, в основному за рахунок непрямой фракції, на 3-й день життя – (84,6±6,2) мкмоль/л – у 97,5 %, на момент виписки з пологового відділення – (122,4±14,9) мкмоль/л у 91,2 %, в інших дітей (8,8 %) – досягав (208,4±11,9) мкмоль/л. Всі діти були виписані з пологового відділення на (6,8±1,3)-й день життя.

Проте, через деякий час з приводу затяжної непрямой гіпербілірубінемії госпіталізовано 38,7 % новонароджених в неонатологічні відділення.

Таким чином, дані клінічного огляду новонароджених (візуально) не дозволяють точно судити про підвищення рівня білірубину в крові. Візуальна оцінка рівня жовтяниці у новонароджених дає ненадійні й неточні результати. Це відбувається і в тому випадку, коли навіть при огляді шкірних покривів враховується зональне розповсюдження жовтяниці в напрямі від голови до периферичних ділянок тіла. При огляді новонароджених наявність високого рівня білірубину в крові передбачити важче, особливо при локальних інфекціях. Точність діагностики жовтяничного синдрому у новонародженого визначається професіоналізмом неонатолога, що розпізнає жовтяницю. Дільничні педіатри повинні уточнити свій рівень розпізнавання жовтяниці, щоб виявити власне тенденцію до гіпер- або гіподіагностики жовтяничного синдрому у новонароджених і дітей перших трьох місяців життя.

Результати цього дослідження можна вважати додатковим стимулом для пошуку неінвазивних методів точної діагностики жовтяничного синдрому у новонароджених і своєчасної діагностики затяжної непрямой гіпербілірубінемії в амбулаторних умовах.

Рання виписка новонароджених з пологового відділення (на першому тижні життя) підвищує відповідальність дільничного лікаря під час візитів «за ме-

дичними показаннями» з метою виявлення затяжної гіпербілірубінемії, яка може стати причиною енцефалопатії, особливо у дітей, народжених від матерів з екстрагенітальною та інфекційно-запальною патологією.

Висновки

1. У 38,7 % новонароджених від матерів з екстрагенітальною та інфекційно-запальною патологією кон'югаційна жовтяниця в умовах вакцинації проти гепатиту В стає затяжною.

2. Клінічний огляд новонародженого навіть досвідченим неонатологом не завжди може дати достовірний висновок про наявність або відсутність жовтяничного синдрому.

3. Значення сироваткових концентрацій білірубину, які базуються тільки на клінічних дослідженнях, не надійні. Для цього існують неінвазивні методи вимірювання, що дозволяють зменшити необхідність в зборі зразків крові для аналізу й удосконалити спостереження за новонародженими в домашніх умовах.

Література

1. Варвашня С.М. Особенности течения желтух у новорожденных детей при некоторых патологических состояниях // Актуальные проблемы педиатрии. – Запорожье, 1995. – С. 14-15.
2. Атирова А.А. Затяжные желтухи у новорожденных детей: Дис. канд. мед. наук. – М., 1993. – 116 с.
3. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебник для педиатр. факультетов мед. вузов и врачей постградуального обучения. – СПб: Спец. лит-ра, 1997. – Т. 2. – 556 с.
4. Крамарев С.А. Желтухи у детей // Журн. практич. врача. – 1998. – № 3. – С. 30-33.
5. Таболин В.А., Урывчиков Г.А. Клинические формы желтух у новорожденных // Педиатрия. – 1987. – № 9. – С. 79-82.
6. Турдыева Т.Ш., Курбанов Д.Д., Исраилов А.Р. Некоторые показатели антиоксидантной системы при физиологической желтухе у новорожденных // Педиатрия. – 2001. – № 5. – С. 109-110.

VISUAL ASSESSMENT OF THE JAUNDICE SYNDROME IN NEONATES WITH PHYSIOLOGICAL JAUNDICE

L.Kh. Hlazkova, A.I. Bobrovytska, N.P. Kucherenko

SUMMARY. Visual assessment of the intensity of the jaundice syndrome was conducted on 136 neonates. Such assessment was proved to provide unreliable and insufficient data even considering the zonal spread of jaundice. 38,7 % neonates observed needed hospitalization by the reason of long-term hyperbilirubinemia.