

УДК: 616.36 – 008.5 – 053.31

НЕОНАТАЛЬНЫЕ ЖЕЛТУХИ

Зубарева Е. А., Видунов В. П.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Кривицкая

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность

Неонатальная желтуха занимает ведущее место в структуре гипербилирубинемий у детей раннего возраста. Ее частота у доношенных новорожденных составляет 32–86 %, возрастая у недоношенных до 90–95 %. В большинстве случаев желтуха носит физиологический характер и не требует лечения. Но у части детей гипербилирубинемия чревата развитием нейротоксического эффекта, степень которого зависит от концентрации билирубина в тканях мозга, степени доношенности новорожденного, наличия фоновых состояний. В связи с этим необходимо совершенствовать подходы к прогнозированию ранней диагностики и лечению неонатальных желтух с использованием новых эффективных методов.

Цель исследования

Проанализировать факторы риска, частоту и особенности течения желтух у новорожденных детей в педиатрическом отделении для новорожденных учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница».

Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 40 медицинских карт новорожденных с неонатальной желтухой, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении для новорожденных учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в январе – феврале 2011 г.

Результаты исследования

В последние годы отмечена тенденция к более частому возникновению и более длительному течению неонатальных желтух. Не исключено, что это связано с общим состоянием здоровья и питания беременных женщин, с распространением вредных привычек, общим экологическим неблагополучием. Проведенный нами анализ акушерско-гинекологического анамнеза показал значительные отклонения в течении беременности. Так, у 17,5 % женщин беременность сопровождалась анемией, 20% женщин перенесли уреэплазмоз, у 12,5 % отмечался кольпит, у 10 % — острые респираторные инфекции в различные сроки беременности. В единичных случаях отмечался стоматит, хронический пиелонефрит. В гендерной структуре отмечено преобладание мальчиков — 24 (60 %) по сравнению с девочками — 16 (40 %). Среди новорожденных преобладали доношенные дети со сроком гестации более 37 недель — 29 (72,5 %), из недоношенных новорожденных в сроке 35–37 недель родилось 8 (20 %), в сроке 33–34 недели 1 (2,5 %) ребенок; переношенные новорожденные составили 5% (2 ребенка). Наиболее часто неонатальная желтуха отмечалась у доношенных новорожденных с массой 3001–3500 г. — 15 (37,5 %) детей, а также в группе детей с массой 2501–3000 г., где преобладали недоношенные дети — 14 (35 %). Высокая частота неонатальных желтух в этой группе возможно обусловлена морфофункциональной незрелостью печени. Воздействие различных факторов, в том числе и инфекционных в период внутриутробной жизни, а также перенесенной гипоксии в значительной мере влияют на созревание гепатоцитов и последующую их функцию. Проведенный нами анализ показал, что 16 % новорожденных родились в умеренной асфиксии с оценкой по шкале Апгар менее 6 баллов, кроме того 6 (15 %) новорожденных родились путем кесарева сечения, что в определенной степени снижает адаптационные возможности организма. В значительном числе случаев неонатальные желтухи протекали на неблагоприятном преморбидном фоне. Так, у 19 (37,5 %)

новорожденных отмечалась энцефалопатия токсико-гипоксического генеза с синдромом угнетения, у 4 (10 %) детей были выявлены врожденные пороки сердца, у 13 (32,5 %) детей — малые аномалии развития сердца; в единичных случаях отмечалась анемия, кефалогематома, врожденная пневмония, гипертензионный синдром. У подавляющего большинства детей (95 %) желтуха появилась на 2–4-е сутки жизни; у 2 детей было отмечено появление желтухи в первые сутки и обусловлено патологическим характером гипербилирубинемии. Проведенный нами анализ показал, что максимальные уровни билирубина у новорожденных отмечались на 4–6-е сутки жизни, причем у значительно числа детей (от 62,5 до 75 %) уровень билирубина превышал физиологические нормативные показатели (у доношенных — более 256 мкмоль/л, у недоношенных более 171 мкмоль/л), что потребовало проведения активных лечебных мероприятий.

Лечение, проводимое детям с неонатальной желтухой, включало назначение препаратов, препятствующих кишечно-печеночной рециркуляции билирубина: смекта применялась в лечении у 7 (17,5 %) детей, хофитол — у 11 (27,5 %) детей. Дюфалак, способствующий ускоренному выведению билирубина из кишечника, применялся у 27 (67,5 %) детей. С гепатопротективной целью 18 детям (45 %) назначался урсором, 11 (27,5 %) детям — холудексан.

При высоких уровнях билирубина новорожденным проводилась инфузионная терапия, а также фототерапия. Инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами использовалась у 40 (100 %) детей. Фототерапия применялась у 37 (92,5 %) детей. Длительность применения фототерапии до 12 часов — у 6 (15 %) детей, 12–24 часа — у 12 (30 %) детей, более 24 часов — у 22 (55 %) детей.

Выводы

1. Неонатальная желтуха чаще встречалась у доношенных детей с массой тела от 3001–3500 г, а также у новорожденных с массой тела 2501–3000 г; в половой структуре преобладали мальчики; 15 % детей с неонатальной желтухой родились в асфиксии и имели низкие показатели по шкале Апгар (4–7 баллов).

2. У подавляющего большинства матерей, у детей которых развилась неонатальная желтуха, отмечался неблагополучный акушерско-гинекологический анамнез: у 97,5% матерей была выявлена патология беременности.

3. Установлено, что практически у всех новорожденных желтуха развилась на 4–6-е сутки жизни (95 %). У подавляющего большинства новорожденных от 62,5 до 75 % на 4–6-е сутки отмечались высокие цифры билирубина, требующие проведения активных лечебных мероприятий.

4. Тяжесть состояния новорожденных усугублялась сопутствующей патологией, в которой преобладала энцефалопатия с синдромом угнетения, врожденные пороки сердца.

5. Базисной терапией неонатальных желтух у подавляющего большинства детей была фототерапия (92,5 %) и инфузионная терапия (100 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Володин, Н. Н. Основные причины желтух у новорожденных детей и принципы дифференциальной диагностики / Н. Н. Володин, А. В. Дегтярева // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. — 2004. — № 5. — С. 8–23.
2. Гомелла, Т. Л. Неонатология / Т. Л. Гомелла, М. Д. Канниган. — М.: Медицина, 1995. — 636 с.

УДК 617.7-007.681-089

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ МЕТОДОМ СИНУСОТРАБЕКУЛЭКТОМИИ

Зубко Н. Е., Бойцова Н. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на очевидные достижения в медикаментозном и лазерном лечении глаукомы, хирургический метод является наиболее эффективным способом нормализации