

## РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ ХОЛЕСТАЗОМ

*Сергейчик Л.С., Полторан А.А.*

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,  
кафедра педиатрии, Гомель, Беларусь

**Введение.** Синдром холестаза представляет собой нарушение оттока желчи, проявляющееся симптомами накопления ее составных частей в крови, а именно: неконъюгированного билирубина, желчных кислот, холестерина, липидов и экскреторных ферментов [1]. Заболевания печени и желчевыводящих путей, сопровождаемые холестазом, в современном обществе становятся все более распространенным явлением [2]. По данным зарубежных авторов, от 10% до 15% людей в промышленно развитых странах страдают заболеваниями гепатобилиарной системы [3]. Среди беременных женщин, все чаще встречается патология гепатобилиарной системы с явлениями экстрапеченочной механической желтухи, которая оказывает влияние не только на организм матери, но и на рост и развитие ребенка, становление функций органов и систем. Распространенность гестационного холестаза составляет приблизительно 1 случай на 500 беременных [2].

Хронические заболевания печени являются одной из причин осложнения родов [4] и оказывают резко отрицательное влияние на плод [1, 2]. У таких больных могут быть преждевременные роды, смерть плода, достигающая 4-13% [2]. Клинико-статистический анализ течения беременности и родов у женщин с холестазом позволил А.А. Закревскому [4] выявить более высокую перинатальную смертность (40%), а обострение данного заболевания вызывает в 3 раза чаще осложнения беременности и родов.

Что касается воздействия нарушенной энтерогепатической циркуляции желчи у беременных на развитие у родившегося потомства органов и их систем, вопрос изучен недостаточно.

Гестационный холестаз оказывает влияние не только на внутриутробное развитие плода, но и на течение неонатального периода развития потомства, а также влияет на формирование хронической патологии у детей раннего возраста. Детей, рожденных от матерей с гестационным холестазом относят к группе с различными заболеваниями органов дыхания и желудочно-кишечного тракта [3, 4]. Для таких детей характерно формирование такого симптомокомплекса, как психоневрологические расстройства в виде отставания в умственном развитии, снижения слуха, отставания в физическом развитии – сниженные показатели массы тела и темпов роста [3]. Выраженность этих поражений зависит от времени возникновения, тяжести и продолжительности гестационного холестаза у матери. Также необходимо сказать, что дети, рожденные от женщин с холестазом, имеют нарушения иммунитета с депрессией фагоцитарной активности мононуклеарных фагоцитов [1, 4].

Все вышеизложенное делает данную проблему социально значимой и важной в практическом здравоохранении. В связи с этим было предпринято исследование, **целью** которого явилось изучить особенности течения первого года жизни у детей, рожденных от матерей с гестационным холестазом.

**Объект и методы исследования.** Ретроспективно было проанализировано 35 историй развития новорожденных и 35 историй развития детей (ф. 112/у), рожденных от матерей с гестационным холестазом, которые родились в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» и находятся под наблюдением в филиалах ГУЗ «Гомельская городская детская клиническая поликлиника». Нами учитывались следующие показатели: возраст матери, длина и масса тела при рождении, оценка по шкале Апгар на 1 и 5 мин., наличие транзиторных состояний в раннем неонатальном периоде, наличие респираторного дистресс-синдрома, прибавки массы тела и роста на первом году жизни, нервно-психическое развитие, вид вскармливания, наличие сформировавшейся соматической патологии, данные электрокардиограммы, эхокардиограммы и ультразвукового исследования органов брюшной полости.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ «Statistica-10.0», Microsoft Excel 2010.

**Результаты и их обсуждение.** Согласно данным нашего исследования гестационный холестаз чаще развивается у женщин в возрасте  $31,5 \pm 6$  лет.

При рождении новорожденные, рожденные от матерей с гестационным холестазом, имели рост  $53 \pm 5$  см, и массу тела при рождении  $3153 \pm 680$  г. Согласно данным оценки состояния детей при рождении по шкале Апгар на первой минуте выявлено, что 9% детей родились в состоянии умеренной асфиксии (6 баллов), которая исчезла к пятой минуте, причем у матерей этих детей синдром гестационного холестаза диагностирован в сроке 25 и 27 нед. беременности.

Ранний неонатальный период у детей, рожденных от матерей с гестационным холестазом, протекал со следующими транзиторными состояниями: иктеричность склер и кожных покровов отмечалось у 20% новорожденных, у 6% детей – врожденный везикулез.

У 67% детей прибавка массы тела в первом полугодии жизни происходила неравномерно, ниже физиологической нормы, причем недобор массы тела в первом полугодии жизни составил  $27 \pm 8\%$ . Во втором полугодии жизни у 38% детей ежемесячные прибавки массы тела опережали физиологические. У 14% детей прибавка массы тела соответствовала физиологической.

Прибавка длины тела в первом полугодии жизни, опережала физиологическую норму у 22,8% детей, во втором – у 45,7%.

Оценивая нервно-психическое развитие, следует отметить, что 23% детей начали держать голову в 2 месяца, 69% детей – в 3 месяца, 9% детей – в 4 месяца.

35% детей начали гулить в 2 месяца, 63% детей – в 3 месяца, 3% детей – в 4 месяца.

В 6 месяцев впервые сели 20% детей, в 7 месяцев – 37% детей, в 8 месяцев – 43% детей.

26% детей начали ходить в 10 месяцев, 31% – в 11 месяцев, 43% детей – в 13 месяцев.

Большинство детей, от матерей с гестационным холестазом, находилось на грудном вскармливании, из них до 6 месяцев находились на грудном вскармливании – 26% детей, до 1 года – 43% детей, до 1,5 лет – 9% детей. 23% детей с рождения находились на искусственном вскармливании.

По литературным данным, у детей, от матерей с гестационным холестазом, чаще формируются психоневрологические нарушения в виде задержки психомоторного развития и нарушения координации. У 11% детей были выявлены нарушения координации движений и равновесия в виде ритмического тремора рук, нарушения координации тонких движений, атетоидных движений в предплечье и кисти и острой мозжечковой атаксии.

Неврологическая патология в виде гиперкинеза, идиопатической кальцификации базальных ганглиев (болезнь Фара), малой двигательной и психической активности выявлена у 23% детей.

У 11% детей диагностирована патология со стороны опорно-двигательного аппарата: дисплазия тазобедренных суставов, асимметрия ягодичных складок при полном объеме движений в тазобедренных суставах.

У 14% детей течение острых респираторных инфекций осложнялось острым гнойным гайморитом, острым средним отитом.

Согласно литературным данным, у детей, рожденных от матерей с гестационным холестазом, чаще формируется патология желудочно-кишечного тракта. По данным нашего исследования, у 14% детей была выявлена патология органов пищеварения в виде: пилороспазма, дискинезии желчевыводящих путей, ахалазии кардии, которые имели клинические проявления в виде упорных срыгиваний, изменения характера стула.

Согласно данным эхокардиографии, у 11% детей выявлен пролапс митрального клапана, расширение полости левого желудочка в сочетании с нарушением функции аортального клапана.

### **Выводы:**

1. На основании проведенного исследования было установлено, что гестационный холестаз развивается у женщин в возрасте старше 30 лет.

2. Новорожденные от матерей с гестационным холестазом имеют нормальные показатели массы тела и роста при рождении.

3. Период ранней неонатальной адаптации исследуемой группы новорожденных характеризовался появлением неонатальной желтухи, развитием асфиксии умеренной степени.

4. Прибавки массы тела в первом полугодии жизни происходят с отставанием от физиологической нормы на  $27 \pm 8\%$ , но данный показатель выравнивается к концу первого года жизни.

5. Дети, рожденные от матерей с гестационным холестазом, имеют нарушения со стороны органов пищеварения в виде пилороспазма, дискинезии желчевыводящих путей, ахалазии кардии, с клиническими проявлениями в виде упорных срыгиваний и изменения характера стула.

6. Оценивая нервно-психическое развитие исследуемой группы детей на первом году жизни выявлено, что дети, рожденные от матерей с гестационным холестазом, позже начинают гулить и садиться. У части детей, рожденных от матерей с гестационным холестазом, были выявлены серьезные неврологические нарушения, которые нуждаются не только в медикаментозной коррекции, но и в реабилитации.

### **Список литературы:**

1. Брюхин, Г. В. Показатели физиологической зрелости потомства в условиях хронических холестатических поражений печени матери : морфология / Г. В. Брюхин. – 1995. – Т. 108, № 1. – С. 35–38.

2. Емельянчик, С. В. Изменения нервной системы при холестазе / С. В. Емельянчик, С. М. Зиматкин // Журнал ГрГМУ. – 2005. – № 4. – С. 40–42.

3. Кизюкевич, Л. С. Экстрапеченочный обтурационный холестаз матери и развитие потомства / Л. С. Кизюкевич, Я. Р. Мацюк // Педиатрия. – 2002. – № 3. – С. 75–78.

4. Михальчук, Е. Ч. Влияние обтурационного холестаза матери, вызванного в период фетогенеза, на течение беременности, плодотворность, физическое развитие потомства и его жизнеспособность / Е. Ч. Михальчук, Я. Р. Мацюк // Журнал ГрГМУ. – 2007. – № 2. – С. 43–45.