

ГРНТИ 76.29.47
УДК 612.64 +615.831

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ

Амзаракова Татьяна Федоровна,
студентка

Душинина Алла Константиновна, преподаватель
ГОУ ВПО «Хакасский государственный университет им. Н. Ф. Катанова»
медицинский колледж
г. Абакан, Россия

В данной работе авторами были изучены возможные причины длительного течения желтух новорожденных, связь с течением беременности, родов, состояние здоровья родителей

Ключевые слова: неонатальный период, непрямая гипербилирубинемия, гестационный возраст, асфиксия новорожденных, гестозы беременных, фототерапия

В отделении патологии детей раннего возраста находится большое количество детей, страдающих затяжными желтухами (ЗЖ).

Проблемы ЗЖ привлекают внимание многих фельдшеров, работающих на фельдшерско-акушерских пунктах. Тем не менее, нет ясности по выявлению и ведению подобных пациентов.

Цели исследования:

изучение затяжной желтухи новорожденных и разработка рекомендаций по раннему их выявлению.

Задачи:

1. Изучить распространенность затянувшихся желтух.
2. Проанализировать сроки поступления детей с ЗЖ в стационар.
3. Выявить причины ЗЖ.
4. Выработать рекомендации для фельдшера и медсестры по раннему выявлению ЗЖ и своевременному направлению в стационар

Объект исследования: группа новорожденных и детей первых месяцев жизни.

Предмет исследования: затянувшиеся желтухи.

Методы исследования:

1. Анкетирование и интервью.
2. Рандомизированное исследование
3. Собственные наблюдения.
4. Анализ данных из историй болезни и историй развития ребенка ф. 112-у
5. Анализ статистических данных по Республике Хакасия.

Гипотеза исследования: Выявление факторов риска затяжного течения

неонатальных желтух позволит своевременно диагностировать ЗЖ и снизить частоту неблагоприятного влияния на здоровье ребенка.

База исследования: МУЗ «Абаканская детская городская больница».

Актуальность:

Проблемы неонатальных желтух приобретают новую актуальность в практике фельдшера в связи с ростом их распространенности и высоким риском развития осложнений, обусловленных нейротоксичностью непрямого билирубина. В литературе имеются данные о том, что в последние годы обозначилась тенденция к нарастанию числа затяжных форм не прямой гипербилирубинемии (1), часто не связанных с гемолитической болезнью новорожденных.

Непрямая гипербилирубинемия обусловлена различными наследственными и приобретенными состояниями, способствующими увеличению продукции билирубина в период адаптации новорожденных. По мнению исследователей центра «Мать и дитя» (Республика Беларусь), желтуха новорожденных все же патологическое состояние, которое несет серьезную опасность для жизни и нормального развития ребенка. Если вовремя не приняты меры, то индекс здоровья «желтушных» детей в дальнейшем может понизиться до 12 %, у 37 % из них может возникнуть патологии ЦНС, 4 %-погибают от ядерной желтухи, когда токсические вещества разрушают клетки мозга. Практическое здравоохранение не ведет учета количества затянувшихся желтух новорожденных, не анализируется частота, не прослеживается влияние неонатальных желтух на здоровье детей, их нервно-психическое развитие.

В нашей работе предпринята попытка выявить частоту затянувшихся желтух, найти связь с течением беременности, родов, состоянием ЦНС, внутриутробным инфицированием.

Неонатальные желтухи регистрируются в статистической форме № 32 лишь с 1999г. Частота неонатальных желтух на 1000 родившихся в РФ с 1999 по 2003 гг.(1999 Г.-47,3; 2000 г.-55,4; 2001 г.-61,5; 2002- 68,9; 2003-145,8).

В соответствии с международной классификацией болезней (МКБ) выделяют : Р. 50-Р 61. Геморрагические и гемолитические нарушения у плода и новорожденных, Р. 55 Гемолитическая болезнь новорожденных, Р. 57 Ядерная желтуха. Р. 58. Неонатальная желтуха, обусловленная чрезмерным гемолизом. Р. 59. Неонатальная желтуха, обусловленная другими неуточненными причинами.

Таблица 1

Частота неонатальных желтух в республике Хакасия за 2006-2008 гг.

	2006	2007	2008
Р. 55-57	15	14	29
Р.58-59	120	108	318

В первом соматическом отделении Абаканской городской детской больницы обследованы 26 детей (14 девочек и 12 мальчиков) в возрасте от 9 дней до 1,5 месяца. Половой состав пациентов девочки 53,8 %, мальчики-46,2%. Проведен опрос и анкетирование матерей, обследование детей, определен уровень билирубина с помощью аппарата «Билитест», изучены истории болезни стационарных больных.

Из них 7 недоношенных младенцев (что составило 26,92 %) в гестационном возрасте 28-34 недели. Масса тела детей от 1500 г до 4600 г. Средняя масса при рождении составила 2860 +300 г.

Большинство новорожденных были рождены естественным путем, 9 путем кесарево сечения (34 %). Сроки поступления детей в стационар с участка: на 21 сутки поступил 1 ребенок, на 30-33 сутки - четверо, на 34- 38 сутки - двое детей. Оценка по шкале Апгар при рождении составила 4-7 баллов на 1 –минуте жизни и 6-8 баллов -на 5 минуте жизни.

У 5 из 26 детей (19,23 %) наблюдалась асфиксия в родах. Анализ показал, что только у 6 из 26 женщин беременность и роды протекали без осложнений (23 %). Чаще беременность у матерей обследуемых детей протекала с осложнениями, гестозы наблюдались в 10 случаях (50 %), угроза прерывания -3 случая (15 %). Гинекологическая патология (дисфункция яичников, аднексит, кольпит, эрозия шейки матки) наблюдалась у 9 женщин (34,6 %)

Экстрагенитальная патология отмечена у 6 женщин, хроническим пиелонефритом страдают двое пациенток (7,6 %), анемия -3 случая (15 %), ОРВИ - 4 случая (20%). Хронический тонзиллит - у 3 женщин (11,53 %). Сахарный диабет 1-го типа у одной женщины (3,8 %). Акушерский анамнез отягощен у 18 женщин, (69,23 %), наблюдались медицинские аборт, выкидыши, мертворождение.

У 12 матерей (46 %) наблюдались различные осложнения родов: (слабость родовой деятельности, обвитие пуповиной, стремительные роды).

Выявленные осложнения беременности и родов, вероятно, наряду с другими факторами, способствовали развитию гипербилирубинемии у детей.

У обследуемых детей диагностирована конъюгационная желтуха новорожденного, подтвержденная повышением уровня трансаминаз в крови в 1,2-1,6 раз, отрицательными результатами обследования на внутриутробные инфекции, отрицательной прямой реакцией Кумбса, отсутствием анемии.

В АБГД проводится определение уровня билирубина с помощью прибора «Билитест», позволяющего определить концентрацию общего билирубина, не повреждая кожу малыша. Кроме того, в сыворотке крови определялся уровень общего, непрямого, прямого билирубина. Уровень общего билирубина при поступлении пациентов колебался от 235 до 500 мкмоль/л, с преобладанием непрямого. При поступлении состояние пациентов в основном оценивалось как средней тяжести. Выявлены признаки угнетения ЦНС- вялость, недостаточная активность, сонливость, некоторое снижение рефлексов. Печень и селезенка не увеличены. Моча и испражнения обычной окраски.

Хотя причину непрямого гипербилирубинемии не всегда можно определить достоверно, тактика лечения обычно направлена на ускорение процессов

элиминации непрямого билирубина и нивелирования факторов риска его нейротоксичности.

Существующие на сегодняшний день методы консервативного лечения неонатальных желтух не всегда позволяют добиться быстрого и стойкого снижения уровня билирубина в крови. В соответствии с литературными данными, фототерапия – самый эффективный метод лечения непрямо́й гипербилирубинемии, суть действия которого в фотоизомерации непрямо́го билирубина (2). Применяются сорбенты - смекта для адсорбции билирубина в кишечнике. При высоком билирубине применяют инфузионную терапию. Отмечался высокий уровень билирубина у детей, например у ребенка Р. концентрация билирубина при поступлении - 500 мкмоль/л, на второй день -350 мкмоль/л в области лба, в области нижних конечностей 300 мкмоль/л.

Каждому фельдшеру необходимо иметь прибор «Билитест», определять уровень билирубина на дому при патронаже. При сохраняющейся желтухе своевременно направлять ребенка в стационар.

Выводы:

1. Факторами риска развития ЗЖ являются: осложнения беременности и родов, наличие гинекологической и экстрагенитальной патологии у матери, ОАА, недоношенность, асфиксия, церебральная ишемия и др.

2. Частота ЗЖ новорожденных составляет 30 % от общего числа желтух;

3. Выявлены случаи позднего поступления детей в стационар с ЗЖ;

4. Не всегда описывается желтуха новорожденных в форме I-II-у;

5. Нет возможности провести на дому определение содержания билирубина крови.

6. Велика вероятность развития осложнений гипербилирубинемии, таких как энцефалопатия и ядерная желтуха

Рекомендации:

- Выявлять факторы риска развития ЗЖ при первом патронаже новорожденных;

- Вести мониторинг за развитием конъюгационной желтухи новорожденных;

- Определять уровень билирубина при ЗЖ;

- Вести отдельный учет разных форм желтух, в т. ч. ЗЖ

- Обеспечить фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов приборами «Билитест»

Список литературы

1. Володин Н.Н., Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н. Основные причины желтух у новорожденных детей и принципы их дифференциальной диагностики. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2004, 5, 18-23

2. Анастасевич Л.А., Симонова Л.В. Желтухи у новорожденных. Лечащий врач. 2006, 10, 66-71.