**УДК 616.36. – 002.12/.14: 612.648:616 – 053.2**

**Желтуха у недоношенных новорожденных детей**

*Хайбуллина Г.М., Соколова Е.П., Хван О.Э.,*

*Чередниченко О.Н., Смирнов К.А., Касаинова Р.К., Тойшибекова Г.А., Есенжанова М.А.*

*КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова*

*ГККП ГП №15, г. Алматы*

Желтуха встречается у 80% всех недоношенных (у доношенных – в 60% случаев), более выражена и длительна (иногда до 3-4 недель) по сравнению с доношенными детьми (1). Желтушный синдром может быть проявлением различных заболеваний, приводить к серьезным последствиям для жизни и здоровья ребенка (1, 2). Ранняя выписка ребенка из родильного дома требует изменения представлений о динамике нарастания уровня билирубина впервые 24-48 часов жизни, а также принципов наблюдения за ребенком с желтухой в неонатальном периоде (3). Поэтому знание врачом причин, методов диагностики и лечения желтух у недоношенных детей имеет большое значение для обеспечения качества дальнейшей жизни ребенка (3,4).

**Ключевые слова: шкала Крамера, билирубин, неонатальный период, врачебная амбулатория (ВА), качество жизни ребенка.**

**Жаңа туылған балалардағы сарғаюдың ерекшеліктері**

*Хайбуллина Г.М., Соколова Е.П., Хван О.Э.,*

*Чередниченко О.Н., Смирнов К.А., Касаинова Р.К., Тойшибекова Г.А., Есенжанова М.А.*

*КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова*

*«№15 ҚП» Алматы қ.*

Сарғаю синдромы көптеген аурулардың көрінісі ретінде болады және баланың денсаулығына және өміріне қауіп төндіруі мүмкін. Сондықтан, дәрігерге шала туылған балалардағы сарғаюдың анықтау әдістерін және емін білу, баланың кейінгі өмір сүру сапасын қамтамасыз етуде маңызды орын алады.

**Jaundice in premature infants***Khaibullina GM, Sokolov EP, Hwang O.E., Cherednichenko O., Smirnov K.A., Kasainova R.K., Toyshibekova G.A., Esenzhanova M.A.*Jaundice occurs in 80% of all premature (in term - 60% of cases), more severe and long lasting (sometimes up to 3-4 weeks) as compared to full-term children (1). Icteric syndrome may be a manifestation of various diseases, lead to serious consequences for life and Child Health (1, 2). Early discharge from the hospital the child requires a change in ideas about the dynamics of increase of bilirubin level for the first time 24-48 hours of life, as well as the principles of supervision for a child with jaundice in the neonatal period (3). Therefore, knowledge of medical causes, diagnosis and treatment of jaundice in preterm infants is of great importance to further ensure the quality of life (3,4).

**Цель исследования**: 1) Оценить эффективность шкалы Крамера в оценке тяжести течения желтушного синдрома у недоношенных новорожденных в условиях врачебной амбулатории (ВА); 2) Оценить частоту встречаемости и этиологию желтух у доношенных и недоношенных детей; 3) Оценить эффективность схемы лечения желтух у недоношенных новорожденных в условиях ВА. **Материал исследования**: Оценка по шкале Крамера проводилась следующим образом: 1 зона – окрашивание кожи лица и шеи, 2 зона - окрашивание кожи до уровня пупка, 3 зона – окрашивание кожи от пупка до колен, 4 зона - окрашивание верхних отделов рук и ног, включая голень, 5 зона – полное окрашивание рук и ног, включая кисти рук и стопы ног (4). По распространенности физиологическая желтуха занимает 1-3 зоны по шкале Крамера, что соответствует уровню общего биллирубина в пределах 150 ммоль/л и удовлетворительному состоянию ребенка. Шкала Крамера представляется особенно удобной для работы семейного врача, т.к. банальный забор крови является проблематичным у этого контингента детей.

**Результаты исследования:** На базе «ГП №15» были обследованы 30 недоношенных новорожденных детей с желтушным синдромом. Были созданы 2 группы: контрольная – ее составили 10 недоношенных детей с физиологической желтухой в 1- 3 зонах по шкале Крамера и основная – с затяжной, свыше 3 недель желтухой, в нее вошли 20 недоношенных детей. По результатам проведенного клинического исследования в 10% случаев, желтуха у новорожденных встречалась при ВУИ. У 10 – ти матерей наблюдалась цитомегаловирусная инфекция, что составило 50% от числа наблюдаемых. Вирус простого герпеса выявлялся у 8 (40%) пар мать - недоношенный ребенок, краснуха у 2 пар (10%), хламидиоз у 5-ти пар (25%). Поражение ЦНС наблюдалось у 50 % недоношенных детей, анемия – у 40%, сочетание 2-х внутриутробных инфекций – у 15% обследованных основной группы.

**Частота желтушного синдрома при различных патологиях в основной группе, (%)**

**Частота развития желтух при внутриутробных инфекциях у недоношенных основной группы (%)**

**спространенность внутриутробных инфекций в основной группе, (%)**



Клинические проявления желтух были следующими: раннее появление и волнообразный характер течения желтухи, гепатоспленомегалия,

геморрагический синдром, непостоянная ахолия стула, темно-желтая моча, биохимический синдром холестаза проявлялся в повышении АЛТ, АСТ,

нарушении синтетической функции печени (альбумина, фибриногена,

ПТИ ≤ 80%), визуализация желчного пузыря при УЗИ.

Терапия затяжных желтух, согласно протоколам лечения, заключалась в проведении: фототерапии и медикаментозной терапии. Важным является своевременное начало сеанса фототерапии. Во всех случаях она проводилась в родильных домах, в ВА – только медикаментозное лечение: 5%-12,5% р-р сернокислой магнезии (5% р-р сорбита, но-шпа), смекта (1 пакет на 50 мл. теплой кипяченной

воды), теплая грелка под правый бок 2 -3 раза в неделю.

Согласно доказательной терапии в лечении желтух используются препараты урсодезоксихолевой кислоты. В ходе исследования урсодезоксихолевая кислота назначалась в дозе: 20 мг/кг/сут в 2 приема в острый период. Курс составил 7-10 дней. Затем 8-10мг/кг/сут 1 раз в день, длительно. Курс до 3 мес. Индикаторами эффективности лечения были: удовлетворительное клиническое состояние ребенка; локализация желтухи в 1-3 зонах по шкале Крамера, налаженное грудное вскармливание.

**Выводы**

* Прогноз развития желтухи у детей, зависит от течения основного заболевания, а также от степени нарушения билирубинового обмена показателями которого являются: Bi и его фракции, АЛТ, АСТ.
* ВУИ утяжеляют и пролонгируют течение желтушного синдрома
* Применение шкалы Крамера при оценке степени желтушного синдрома позволяет оценить уровень общего Bi крови у новорожденных.
* Применение шкалы Крамера семейным врачом позволяет неинвазивно, нетравматично оценить динамику желтушного синдрома у новорожденных, что позволяет широко использовать ее в практике.

**Литература**

1. Шабалов Н.П. Неонатология 2004г., 608с.

2. Kleiman: Nelson Textbook of Pediatrics, 18 th ed., 2007, Chapter 43.

3. Неонатальные желтухи (Пособие для врачей) Москва, 2004г., - 25 с.

4. Основы ухода за новорожденным и грудное вскармливание: Руководство

Европейского Регионального Бюро Всемирной Организации

Здравоохранения, 2002.