

YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA NEONATAL GIPERBILIRUBINEMIYA

Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti
Toshpulatova Gavharshodbegim Otabekovna
tashpulatova.gagi@gmail.com
ORCID <https://orcid.org/0009-0007-8193-7469>

Annotatsiya: ushbu maqolada yangi tug'ilgan chaqaloqlarda neonatal giperbilirubinemiya tuzilishini tahlil qilish natijalari keltirilgan. Uzoq muddatli neonatal sariqlik tarkibida konjugatsion giperbilirubinemiya-kech sariqlik 68 bolada (75,5%) etakchi holat bo'lganligi aniqlandi, ammo 15 (16 %) bolalarda sariqlik aralash xarakterga ega edi.

Kalit so'zlar: erta tug'ilish, konjugatsiya, neonatal giperbilirubinemiya tuzilishi.

NEONATAL HYPERBILIRUBINEMIA IN NEWBORNS

Bukhara State Medical Institute
Toshpulatova Gavkharshodbegim Otabekovna
tashpulatova.gagi@gmail.com
ORCID <https://orcid.org/0009-0007-8193-7469>

Annotation: This article presents the results of the analysis of the structure of neonatal hyperbilirubinemia in newborns. It was found that in the structure of prolonged neonatal jaundice, conjugation hyperbilirubinemia-late jaundice was the leading condition in 68 children (75.5%), however, in 15 (16%) children, jaundice was of a mixed nature.

Key words: prematurity, conjugation, structure of neonatal hyperbilirubinemia.

НЕОНАТАЛЬНАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Бухарский государственный медицинский институт
Тошпулатова Гавхаршодбегим Отабековна
tashpulatova.gagi@gmail.com
ORCID <https://orcid.org/0009-0007-8193-7469>

Аннотация: Данной статье изложены результаты анализа структуры неонатальной гипербилирубинемии у новорожденных. Установлено, в структуре пролонгированных неонатальных желтух конъюгационная гипербилирубинемия-поздняя желтуха была ведущим состоянием у 68 детей (75,5%), однако у 15 (16 %) детей желтуха носила смешанный характер.

Ключевые слова: недоношенность, конъюгация, структура гипербилирубинемии новорожденных.

Актуальность Как известно, самым опасным осложнением непрямой билирубинемии является развитие нейротоксического эффекта, приводящего к билирубиновой энцефалопатии с тяжелыми неврологическими осложнениями [5,6]. Пролонгированные неонатальные желтухи могут сопровождаться не только повышенным неиммунным постнатальным гемолизом и нарушениями конъюгации, но также и явлениями умеренного, но длительного холестаза, причиной которой является несоответствие между повышенной продукцией компонентов желчи и ограниченной способностью их выведения у новорожденных. Нарушения обмена билирубина при этом носят обратимый, транзиторный характер.

Желтуха является одним из наиболее частых метаболических расстройств, выявляемых в периоде новорожденности. Неонатальная желтуха чаще всего носит физиологический характер, является транзиторным состоянием и не требует лечения, в то же время она может быть симптомом серьезного заболевания с поражением многих органов, требующего своевременной диагностики и терапии [1,2,3,4]. Возникновению конъюгационной желтухи у недоношенных и незрелых новорожденных с отягощенным соматическим фоном с развитием непрямой гипербилирубинемии способствуют эндокринная патологии матери (наличие сахарного диабета) и ребенка (врожденный гипотиреоз), наличие желудочно-кишечной патологии у ребенка (высокая кишечная непроходимость, пилоростеноз) или проведение ему массивной лекарственной терапии. [2,3,4]

Физиологическая желтуха встречается в периоде новорожденности. Основными клинико-лабораторными критериями являются:

- иктеричность кожи после 24–36 ч жизни ;
- пик иктеричности на 3–4 сутки жизни, при этом максимальная концентрация общего билирубина в периферической или венозной крови: ≤ 256 мкмоль/л у доношенных, ≤ 171 мкмоль/л у недоношенных детей, повышается за счет непрямой фракции;
- иктеричность уменьшается начинается с 7-10 суток жизни, полное исчезновение наблюдается на 14-21 сутки жизни
- не влияют на общее состояние, не наблюдается гепатоспленомегалия и анемия, цвет кала и мочи не меняются
- в пуповинной крови при рождении билирубин менее 51 мкмоль/л, почасовой прирост в первые сутки жизни менее 5,1 мкмоль/л/час.

Желтух новорождённых по времени возникновения и её продолжительности можно разделить на следующие группы:

— ранние желтухи (icterus praecox) - возникшие в первые часы жизни и заканчивающиеся стремительным гемолизом в первые 2-3 суток жизни. Это изоиммунизация по Rh и ABO, требуют незамедлительной терапии, тактика их ведения на сегодня отработана и предусматривает превентивную и лечебную фототерапию, введение иммуноглобулина, а в отдельных неясных случаях заменное переливание крови остаётся единственным эффективным средством борьбы с прогрессирующей гипербилирубинемией [9].

— поздние желтухи возникшие в конце 2-3 суток жизни, называют отсроченными. В данную группу следует отнести «физиологическую» желтуху новорожденных, которая, в отличие от других конъюгационных желтух, не бывает пролонгированной.

— другие желтухи с пролонгированным течением более 7-10 дней жизни: врожденные гемолитические анемии наследственного генеза, номалии эритроцитов.

— желтухи связанные с нарушения экскреции билирубина (спазм, стеноз, атрезия желчевыводящих путей и т.д.).

Цель исследования: изучить структуру неонатальных желтух у новорожденных.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 90 новорождённых, находившиеся в отделениях неореанимации, патологии и физиологии новорождённых городского родильного комплекса города Бухары. Все обследованные новорождённые по времени возникновения и по продолжительности желтух разделены на 3 группы: 1-группу составили новорожденные с ранней желтухой. Во 2-группу вошли новорожденные в поздней желтухой. Остальных новорожденных с желтухой отнесены в 3-группу. Для дифференциации групп всем новорожденным проведены следующие исследования: фракционное определение билирубина, Rh и групповых антител, мониторингирование анализов крови, пробу Кумбса, определение, АЛАТ и АСАТ, ГГТ, ЩФ, УЗИ печени и желчевыводящих путей.

Результаты и их обсуждения. Из обследованных 40 новорожденных 14 новорожденных родились преждевременно в сроке гестации от 29-35 недель что составили 48,8%. Средний вес недоношенных детей составила 2007,5г±1,4; средний гестационный возраст 30,3 недель±1,2. Остальные 26 доношенные новорожденные дети родились в среднем 38,4 недель гестации, средний вес которых составил 3200,4г±1,9. 1-группу составили 7 (7,7%) доношенные новорожденные с ранней желтухой. 2-группа состояла из 11 (75,5%) новорожденных с поздней желтухой. Из них 21 (58%) недоношенные дети. 18

(16%) новорожденных с желтухой отнесены в 3-группу, из них 4 (26%) недоношенные дети. Средний вес этих недоношенных составил $2210\text{г}\pm 1,4$.

Гемолитическая гипербилирубинемия наблюдалась у 3 детей (3,3%) 2 по резус и 1 случаев по АВО несовместимости средне тяжелой степени.

С целью изучения причинных факторов гипербилирубинемии у новорожденных проведен анализ течения беременности и характер родов. Установлено: 66% родов приняты через естественные родовые пути, операция кесарева сечения отмечались 34%, у 32% беременным проведено родостимуляция, что также могло служить предпосылкой для развития гипербилирубинемии у новорожденных.

При изучении анамнестических данных беременных выявлено: ОАА (перинатальная смертность, мертворождение, не развивающаяся беременность, мед аборт, выкидыш) у 17 женщин, преэклампсия-10 случаев, эклампсия -2 случаев, преждевременное отхождение околоплодных вод-18, угрозам прерывания – у 17-ти женщин, 7 гестационная гипертензия– у 18-х женщин, инфекция мочевыводящих органов, 9 женщин острые респираторные инфекции во время данной имели 21 женщин, беременные из группы риска СГБ 15 женщин, многоводие-8, меконеальные воды- 9, отслойка плаценты 5 случаев, СОРП-7.

Заключение. Таким образом, неонатальные желтухи конъюгационного генеза занимают ведущее место в структуре неонатальных желтух, требуют клинического мониторингового наблюдения и неинвазивных подходов к мониторингованию уровня билирубина. В структуре пролонгированных неонатальных желтух конъюгационная гипербилирубинемия -поздняя желтуха была ведущим состоянием у обследованных детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Yuldasheva G.G. Peculiarities of early neonatal adaptation of premature infants surgically removed from mothers with severe preeclampsia// International Journal of Scientific Pediatrics. November 2022 doi.org/10.56121/2181-2926-2022-7-16-20 <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-ranney-neonatalnoy-adaptatsii-nedonoshennyh-detey-izvlechennyh-operativnym-putem-ot-materey-s-preeklampsiey-tyazheloy>
2. Барановская Е. И. Гипертензия у беременных и преэклампсия / Е. И. Барановская // Медицинские новости. - 2017. - № 6 (273). - С. 4-7.;
3. Современные представления о рождении детей с малым весом, оценка их развития. /Г. Б. Алтынбаева, Н. С. Божбанбаева, И. М. Адильбекова, & С. С. Жексенғұл // (2017). Вестник Казахского Национального медицинского университета, (1), 185-188.

4. Кан Нина Ивановна, & Николаева-Балл Диана Раисовна (2017). Патологические особенности адаптации в системе «Мать - плод» при метаболическом синдроме и преэклампсии. Ульяновский медико-биологический журнал, (1), 104-113.
5. Юлдашева Г. Г., Навруз-зода М.М. /Влияние гестационного возраста и веса маловесного ребенка родившихся от матерей с преэклампсией на течение неонатальной желтухи //Международный журнал научной педиатрии, 2023г октябрь р368-371 <https://ijsp.uz/index.php/journal/article/view/171>
6. Узунова А.Н. Онищенко Н.А. Анализ причин перинатального риска и структура патологии у недоношенных детей Челябинска, рожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела. Рос вестн перинатол и педиатр 2019; 64:(3): 92–98