

Гипербилирубинемия у детей раннего возраста

Кисельникова Е.А., Кисельникова О.В., Мозжухина Л.И., Тейф В.А.,
Панова Е.А., Снигирев А.А.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет», Ярославль, Российская Федерация
ГБУЗ «Ярославской области «Областная детская клиническая больница», Ярославль, Российская Федерация

Актуальность. Гипербилирубинемия, являясь наиболее частым синдромом у новорожденных и детей раннего возраста, остается наиболее актуальной проблемой в педиатрии. Зачастую под маской «физиологической желтухи» могут скрываться серьезные заболевания.

Цель исследования. Изучить клинико-анамнестические особенности новорожденных и детей раннего возраста с синдромом гипербилирубинемии для оптимизации диагностики и тактики ведения.

Пациенты и методы. Проведен анализ 141 истории болезни детей с синдромом гипербилирубинемии в возрасте от 0 до 58 дней (средний возраст — 13 ± 7), находившихся в отделении патологии новорожденных ГБУЗ ЯО ОДКБ за период с июля по декабрь 2019 г. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу («прямая» гипербилирубинемия) вошли 38 (27%) детей; 2-ю группу («непрямая» гипербилирубинемия) составили 103 (73%) больных.

Результаты. При анализе перинатального анамнеза выявлено, что в 1-й группе патологическое течение беременности регистрировалось в 86% случаев, во 2-й группе — в 73% ($p < 0,05$). При этом наиболее частыми отклонениями в течении беременности у матерей в группе «прямых» гипербилирубинемий были анемия (44%), ОРВИ (26%), угроза прерывания (24%).

Основным клиническим синдромом у детей и в 1-й, и во 2-й группах явился синдром желтухи, причем в группе «непрямых» гипербилирубинемий в первые дни заболевания он составил большую часть по сравнению с группой «прямых» желтух (78% против 32% соответственно).

Но ко 2-му мес жизни соотношение составило 18% против 28% соответственно. У детей этой группы также были зарегистрированы эпизоды ахоличного стула (11%).

Гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТ) достоверно чаще регистрировалась в 1-й группе детей и составила 85% (средний показатель ГГТ — 146 ± 16 Ед) против 73% во 2-й группе (средний показатель 89 ± 11 Ед). При этом достоверных различий по уровню щелочной фосфатазы получено не было.

Обращает на себя внимание тот факт, что при УЗИ в половине случаев был зарегистрирован сокращенный желчный пузырь, что дает «ложную» картину и затрудняет диагностику. При повторных исследованиях натощак в группе «прямых» желтух у 4 детей были зафиксированы пороки желчного пузыря.

Заключение. Синдром гипербилирубинемии у новорожденных и детей раннего возраста требует четкого дифференциального подхода.

«Прямая» гипербилирубинемия может явиться симптомом тяжелой патологии печени с неблагоприятным исходом. В дебюте у этих детей наиболее значимыми клиническими проявлениями явились затяжная желтуха в неонатальном периоде и ахолия стула. Важнейшим маркером холестаза является ГГТ.

Необходимо обратить внимание на проведение УЗИ гепатобилиарной системы: для четкой визуализации желчных путей исследование должно проводиться строго натощак. Это позволит вовремя установить причину гипербилирубинемии и определить дальнейшую лечебную тактику.