

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.36-008.5-053.31+616-071.1

DOI 10.21886/2219-8075-2018-9-1-105-108

Случай неонатальной желтухи у ребенка с отягощенным соматическим фоном

А.А. Афонин, А.А. Лебеденко, Т.Б. Козырева, Т.Д. Тараканова, М.С. Касьян,
С.Е. Авилов, А.А. Варго, В.К. Коршунова

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

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, требующего своевременной диагностики и терапии. Представлено клиническое наблюдение конъюгационной желтухи у новорожденного с проявлениями геморрагической болезни, рожденного от матери, страдающей сахарным диабетом. Особенностью данного случая является осложненное течение этого заболевания на фоне тяжелого гипоксического поражения центральной нервной системы и частичной кишечной непроходимости. В данном наблюдении показана эффективность терапии при своевременной ранней диагностике заболевания и возникающих осложнений до появления развернутой клинической картины.

Ключевые слова: новорожденный, геморрагическая болезнь, гипоксическое поражение центральной нервной системы, неонатальная желтуха, кишечная непроходимость.

Для цитирования: Афонин А.А., Лебеденко А.А., Козырева Т.Б., Тараканова Т.Д., Касьян М.С., Авилов С.Е., Варго А.А., Коршунова В.К. Случай неонатальной желтухи у ребенка с отягощенным соматическим фоном. Медицинский вестник Юга России. 2018;9(1):105-108. DOI 10.21886/2219-8075-2018-9-1-105-108

Контактное лицо: Козырева Татьяна Борисовна, kno_ktb@mail.ru.

A case of neonatal jaundice in the newborn child with burdened somatic background

A.A. Afonin, A.A. Lebedenko, T.B. Kozireva, T.D. Tarakanova, M.S. Kasyan, S.E. Avilov,
A.A. Vargo, V.K. Korshunova

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

Jaundice is one of the most frequent metabolic disorders detected in the newborn period. Neonatal jaundice is most likely to be physiological, it is a transient condition and does not require treatment, at the same time it can be a symptom of a serious disease which requires diagnosis and therapy. It is presented a clinical case of conjugational jaundice in newborn from mother with diabetes, with manifestations of hemorrhagic disease. The peculiarity of this case is a complicated course of this disease with hypoxic lesions of the central nervous system and partial intestinal obstruction. In this observation it is shown the effectiveness of the therapy with early diagnosis of the disease and the complications before the appearance of the developed clinical picture.

Key words: newborn, hemorrhagic disease, hypoxic lesions of the central nervous system, neonatal jaundice, intestinal obstruction.

For citation: Afonin A.A., Lebedenko A.A., Kozireva T.B., Tarakanova T.D., Kasyan M.S., Avilov S.E., Vargo A.A., Korshunova V.K. A case of neonatal jaundice in the newborn child with burdened somatic background. Medical Herald of the South of Russia. 2018;9(1):105-108. (In Russ.) DOI 10.21886/2219-8075-2018-9-1-105-108

Corresponding author: Kozireva Tatyana Borisovna, kno_ktb@mail.ru.

Введение

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 непрямого 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]

Клинический случай

Была изучена история болезни новорожденного мальчика П., находящегося в ОПН НИИАП в тяжелом состоянии. Ребенок родился от матери 31 года, страдающей артериальной гипертензией, от I беременности, протекающей в I половине гестации с инсулинзависимой формой гестационного сахарного диабета (с 12 недель), бактериурией (10^4 E.faecalis), гепатоспленомегалией, во II половине — с вагинитом (22 нед), многоводием (36-37 нед), хронической фетоплацентарной недостаточностью, угрозой преждевременных родов (дороговая госпитализация в 36 нед).

Роды I, через естественные родовые пути, в сроке 37-38 недель гестации. Родился мальчик с массой тела 3950г, длиной 53 см, окружностью головы 36 см, окружностью груди 34 см, оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов в состоянии средней тяжести за счёт наличия с рождения неврологической симптоматики в виде гиперестезии, нистагма, пронзительного неэмоционального крика, гримасы при осмотре, мышечной дистонии с тенденцией к гипертонусу, оживления сухожильных рефлексов и снижения спинальных автоматизмов, периорального акроцианоза. Помимо этого, у ребенка отмечалось наличие кефалогематомы (3х3 см) обеих теменных костей вследствие родовой травмы с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, острого периода. Учитывая анамнез матери (инсулинзависимая форма гестационного сахарного диабета) и клинико-лабораторную симптоматику у ребенка (большая масса тела, функциональная незрелость органов, нистагм, пронзительный неэмоциональный крик, наличие транзиторной гипогликемии до 1,8 ммоль/л в первые сутки жизни), был заподозрен диагноз диабетической фетопатии, поэтому ребенку проводилась коррекция гипогликемии с положительным эффектом энтерально и парентерально растворами глюкозы.

На 2-е сутки жизни у ребенка, находившегося на искусственном вскармливании смесью Симилак, появилось срыгивание застойным желудочным содержимым с примесью жёлчи, крови, иктеричность кожи, в связи с чем, он был переведен из роддома в ОПН для обследования и лечения. В отделении у ребенка в промывных водах желудка появилась алая кровь (гематомезис), а затем мелена, что позволило клинически установить классическую форму геморрагической болезни новорожденного, по поводу чего ребенок получил парентерально менадион натрия (викасол) и свежезамороженную плазму.

На 3-и сутки жизни состояние ребенка продолжало оставаться тяжёлым, сохранялся умеренный геморрагический синдром, но усилилась неврологическая симптоматика (беспокойство) и появилось вздутие живота с отсутствием стула, что позволило заподозрить наличие частичной кишечной непроходимости. Проведенное рекомендованное детским хирургом обследование выявило следующее:

- рентгенограмма органов грудной клетки и брюшной полости от 31.08.2017 г.: Очаговых и инфильтративных изменений в лёгких не выявлено, легочной рисунок незначительно усилен с двух сторон, синусы свободны. Желудок каскадной формы, отмечается гиперпневматизация петель толстого кишечника в левой половине брюшной полости. Признаков чаш Клойбера не найдено.
- рентгенограмма органов брюшной полости от 01.09.2017 г.: желудок каскадной формы, отмечается гиперпневматизация петель толстого кишечника, выявляется единичная чаша Клойбера.
- обзорная рентгенограмма органов брюшной полости с пассажем бариевой взвеси через 1-3-6-24 часа от 01.09. и 02.09.2017 г.: желудок каскадной формы, отмечается гиперпневматизация петель толстого кишечника, признаков кишечной непроходимости не найдено.

Помимо этого, при биохимических и других методах обследований выявлено:

- ✓ повышение уровня билирубина за счёт непрямого фракции (с 291 мкмоль/л до 338 мкмоль/л) при нормативных показателях трансаминаз, гипоальбуминемии, отрицательных результатах обследования на внутриутробные инфекции (ВПГ, ЦМВ, ВЭБ, хламидии) методом ПЦР-диагностики
- ✓ нарушение плазменно-коагуляционного звена гемостаза по типу гипокоагуляции с нарушением показателей внутреннего и внешнего механизмов свёртывания: удлинение протромбинового времени (20,6-17,4 сек) при нормальных показателях уровня тромбоцитов ($223-338 \times 10^9/\text{л}$), фибриногена (1,2-1,25 г/л) и тромбинового времени (20,1020,5 сек), удлинение АЧТВ-активированного частичного тромбопластинового времени (64-65,1 сек), снижение протромбинового индекса (39 %) и повышение МНО-международного нормализованного отношения (1,78-1,5 ME)

- ✓ в ОАК – склонность к полицитемии (Эр-5,62x10¹²/л, Нв-205 г/л), умеренный лейкоцитоз (17,0-13,3x10⁹/л), моноцитоз (11-15%) и нормальный уровень тромбоцитов (223-338x10⁹/л).
- ✓ посев отделяемого на флору и чувствительность к антибиотикам из зева (*Staphylococcus haemolyticus* 10⁶, *Pantoea agglomerans* 10⁶, из носа – *Staphylococcus haemolyticus* 10⁵
- ✓ НСГ от 21.09.2017г.: БЖ 6,4 x 6,5 мм, III желудочек 5,0 мм, гипоксически-ишемические изменения паренхимы головного мозга, ЖИ 31.8%, МПЩ 4,0мм, мозговой кровоток по вене Галена 4 мм/сек. В проекции заднего рога гиперэхогенное включение 6 x 4 мм, ПВК с 2 –х сторон.
- ✓ повторная НСГ от 26.09.2017 г.: повышение эхоплотности в перивентрикулярной области, нерезкое расширение правого рога бокового желудочка и 3 желудочка.
- ✓ УЗИ органов брюшной полости, почек от 31.08.17г. – Эхо-признаки увеличения размеров печени, диффузные изменения, увеличение размеров желчного пузыря, застой.
- ✓ ЭхоКГ 31.08.2017 г. – функционирующие фетальные коммуникации - ОО. Транзиторная гипертрофия миокарда обоих желудочков.
- ✓ ЭКГ от 31.09.2017 г.: преобладание биоэлектрической активности миокарда правого желудочка. Умеренные изменения в миокарде желудочков.
- ✓ Консультация окулиста от 12.09.2017г.: ангиопатия сетчатки 1 степени обоих глаз.

Учитывая изложенные данные анамнеза, клинического, лабораторного и инструментального обследования был выставлен следующий *клинический диагноз*:

Основной: 1. Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая форма, тяжёлое течение (мелена, гематомезис).

2. Конъюгационная желтуха новорождённого.

Осложнение: Динамическая высокая кишечная непроходимость

Сопутствующий:

1. Ишемия мозга III степени, острый период, синдром вегето-висцеральных дисфункций. Двусто-

ронные кефалогематомы теменной области при родовой травме.

2. Синдром новорождённого от матери с гестационным сахарным диабетом – диабетическая фетопатия.

Учитывая Клинические рекомендации (протоколы) по неонатологии («Диагностика и лечение геморрагической болезни новорожденных», «Диагностика и лечение гипогликемии у новорожденных») и Протокол РАСПМ «Диагностика и лечение гипербилирубинемии у новорожденных детей» РАСПМ [1,5], ребёнку была проведена следующая комплексная терапия: викасол, свежемороженая плазма, контроль уровня глюкозы в крови в течение 5 суток, энтеральное питание смесью из бутылочки, фототерапия, инфузионная дезинтоксикационная терапия (10% глюкоза с компонентами, 10% аминовен, 0,9 % натрия хлорид, реамберин, 10% альбумин, иммуноненин) и симптоматическая терапия (церукал, дротаверин, этамзилат, бифидумбактерин).

На фоне проведенного лечения отмечалась постепенная положительная динамика в виде увеличения объема двигательной активности ребёнка, купирования рвоты и срыгиваний, геморрагического синдрома, иктеричности кожи и склер, отмечалась тенденция к уменьшению размеров кефалогематом обеих теменных костей.

Выписан из стационара в возрасте 29 дней в относительно удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра, невропатолога, окулиста, с прибавкой в массе 660 г.

Таким образом, особенностью данного случая является тяжёлое течение конъюгационной желтухи на отягощённом соматическом фоне, необходимость проведения дифференциальной диагностики с различными заболеваниями, сопровождающимися гипербилирубинемией. В данном наблюдении показана эффективность терапии при своевременной ранней диагностике сочетанных заболеваний и возникающих осложнений.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по перинатологии. Под ред. Д.О.Иванова. - С-Петербург; 2015.
2. Шабалов Н.П. Неонатология. Учебное пособие в 2-х томах. Том II. - М., 2016.
3. Тараканова Т.Д., Козырева Т.Б., Левчин А.М. Динамика показателей постгипоксической неонатальной дисфункции миокарда в течение первого года жизни. // *Современные проблемы науки и образования*. - 2017. - №4.
4. Лебеденко А.А., Козырева Т.Б., Тараканова Т.Д., Мальцев С.В., Касьян М.С. и др. Неонатология. Учебное пособие. - Ростов-на-Дону, 2016.
5. Клинические рекомендации (протоколы) по неонатологии. Под ред. Д.О. Иванова. - 2016.

REFERENCES

1. Ivanova DO. *Rukovodstvo po perinatologii*. S-Peterburg; 2015. (in Russ.)
2. Shabalov NP. *Neonatologija. Uchebnoe posobie*. V. II. M.; 2016. (in Russ.)
3. Tarakanova TD, Kozyreva TB, Levchin AM. The dynamic of posthypoxic neonatal myocardial dysfunction during the first year of life. *Sovremennyye problem nauki i obrazovaniya*. 2017;4. (in Russ.)
4. Lebedenko AA, Kozyreva TB, Tarakanova TD, Mal'cev SV, Kas'jan MS, et al. *Neonatologija. Uchebnoe posobie*. Rostov-on-Don; 2016. (in Russ.)
5. Ivanova DO. *Klinicheskie rekomendacii (protokoly) po neonatologii*. 2016. (in Russ.)

Информация об авторе

Афонин Александр Алексеевич – д.м.н., профессор, заместитель директора по науке «НИИАП», Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: a.shokarev@rniap

Лебеденко Александр Анатольевич – д.м.н., проректор по акушерству и педиатрии (директор «НИИАП», заведующий кафедрой детских болезней №2, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: kdb2rostgmu@mail.ru

Козырева Татьяна Борисовна – к.м.н., доцент, кафедра детских болезней № 2, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: kdb2rostgmu@mail.ru

Тараканова Татьяна Дмитриевна – к.м.н., доцент, кафедра детских болезней №2, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: kdb2rostgmu@mail.ru

Касьян Мария Сааковна – к.м.н., ассистент, кафедра детских болезней №2, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: kdb2rostgmu@mail.ru

Авилов Сергей Евгеньевич – врач отделения патологии новорожденных «НИИАП», Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: a.shokarev@rniap

Варго Ашхен Агароновна – ординатор кафедры детских болезней №2, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: ashka_111@mail.ru

Коршунова Валерия Константиновна – студентка 5 курса педиатрического факультета, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: korshunova.valeria@yandex.ru

Information about the author

A.A. Afonin, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: a.shokarev@rniap

A.A. Lebedenko, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: kdb2rostgmu@mail.ru

T.B. Kozireva, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: kdb2rostgmu@mail.ru

T.D. Tarakanova, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: kdb2rostgmu@mail.ru

M.S. Kasyan, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: kdb2rostgmu@mail.ru

S.E. Avilov, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: a.shokarev@rniap

A.A. Vargo, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: ashka_111@mail.ru

V.K. Korshunova, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: korshunova.valeria@yandex.ru

Получено / Received: 30.11.2017

Принято к печати / Accepted: 22.02.2018