

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ КОН'ЮГАЦІЙНОЇ ГІПЕРБІЛІРУБІНЕМІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Буцик Л.О., студ. 5-го курсу

Науковий керівник - доц. Пилипець І.В.

СумДУ, кафедра педіатрії №2

За даними літератури неонатальна жовтяниця за останні 3 роки посідає 5 місце в структурі захворюваності новонароджених.

Нами проаналізовано 176 історій хвороби дітей, які знаходилися на лікуванні у відділенні патології новонароджених СОДКЛ. У 38 дітей (21,5%) у неонатальному періоді спостерігалася гіпербілірубінемія. У 13 дітей (34,2%) діагноз кон'югаційної жовтяниці був основним. Середній рівень загального білірубіну у пуповинній крові обстежених дітей становив 32,1 мкмоль/л. Іктеричність шкіри та слизових оболонок з'являлася на 2-5 добу життя і зберігалася 14-25 діб, а у 7 дітей (18,4%) вона мала затяжний перебіг. Максимальний рівень загального білірубіну досягав на момент госпіталізації 146-354 мкмоль/л. У всіх новонароджених відзначалося переважання непрямой фракції білірубіну.

Встановлено, що в пологах у новонароджених із затяжним перебігом жовтяниці, а також у новонароджених з високою гіпербілірубінемією використовувався оксітоцин.

У 9 новонароджених (23,6%) спостерігалися ознаки морфо - функціональної незрілості або затримки внутрішньоутробного розвитку за гіпотрофічним типом.

Всім дітям з рівнем білірубіну більше 200 мкмоль/л проводилася інфузійна терапія в обсязі 50мл/кг ваги на добу у поєднанні з фенобарбіталом 5 мг/кг/добу та 5% розчином сульфату магнія.

Синдром гіпербілірубінемії вимагає диференційного підходу при діагностиці та лікуванні жовтяниць у новонароджених. Поєднана терапія протягом 3-5 діб сприяла зменшенню рівня білірубіну майже в 2 рази, що дозволяло зменшити строки перебування дитини в стаціонарі.